

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN JOVENES ARAGONESES DE ENTRE 19 Y 23 AÑOS

Alumno: Gonzalo Navarrete Olivas

Directora: Elena Fernández del Río

Codirector: Antonio Eito Mateo

Zaragoza, Diciembre de 2014



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1. Objetivos.....	7
2.2. Población y unidades de observación.....	7
2.3. Ámbito geográfico y temporal.....	7
3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	10
4.1. Drogas: conceptualización.....	10
4.2. Clasificación.....	11
4.2.1. Clasificación desde el ámbito jurídico.....	11
4.2.1.1. Drogas legales.....	12
4.2.1.2. Drogas ilegales.....	15
4.2.2. Clasificación según la vía de consumo.....	24
4.2.3. Clasificación según los efectos producidos en el sistema nervioso.....	24
4.3. Uso, abuso y dependencia de sustancias.....	25
4.4. Influencia del consumo de drogas en distintos ámbitos.....	27
4.4.1. La familia.....	27
4.4.2. La salud.....	29
4.5. El abordaje de las drogodependencias desde la disciplina del Trabajo Social.....	32
5. ENTIDADES DE REFERENCIA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	35

6. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA.....	38
7. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN....	40
7.1. Análisis de las entrevistas a jóvenes consumidores de drogas.....	41
7.1.1. Edad, género y edad de inicio en el consumo.....	41
7.1.2. Razones para el consumo de drogas.....	42
7.1.3. Cambios asociados al consumo de drogas.....	43
7.1.4. Consecuencias asociadas al consumo de drogas.....	44
7.1.5. ¿De qué serías capaz por consumir?.....	45
7.1.6. Pérdidas asociadas al consumo de drogas.....	46
7.1.7. Daños asociados al consumo de drogas.....	46
7.1.8. Conciencia de adicción.....	47
7.2. Análisis de la información obtenida de los familiares de jóvenes consumidores.....	47
7.2.1. Tiempo que tardó en darse cuenta del problema de adicción de su hijo.....	47
7.2.2. Indicadores del consumo de drogas en sus hijos.....	48
7.2.3. Cambios en el comportamiento de sus hijos.....	49
7.2.4. Causas del consumo de drogas de sus hijos.....	50
7.2.5. Consecuencias del consumo de drogas en las familias.....	50
7.2.6. ¿Qué hacer para ayudar?.....	51
8. CONCLUSIONES.....	53
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

9.1. Bibliografía.....	55
9.2. Webgrafía.....	56
ÍNDICE DE TABLAS.....	59
ANEXOS.....	61

1. INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente Trabajo de Fin de Grado no es otra que la de ampliar conocimientos y experiencia sobre el consumo de drogas en población joven. El análisis de la historia, el recorrido y la trayectoria de cada uno de los individuos entrevistados en este trabajo ha complementado indudablemente a mi formación como futuro profesional. El fin último no es otro que contribuir a mejorar la intervención que, desde el Trabajo Social, podamos llevar a cabo en población drogodependiente.

El objetivo de este trabajo es, por tanto, realizar un análisis lo más exhaustivo posible sobre los efectos que tienen algunas drogas, como el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño, sobre diferentes ámbitos de la vida de un grupo de jóvenes consumidores aragoneses.

El trabajo se basa principalmente en las entrevistas realizadas a diversos usuarios del Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Teruel y en la información obtenida, a través de un cuestionario, de varias familias que acuden al Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) de Zaragoza. Documentos que han demostrado por si solos, que a pesar de encontrarnos en un contexto social no demasiado propicio para el consumo de estas sustancias por parte de los jóvenes, debido a la crisis económica, estos continúan consumiéndolas, con los problemas que ello ocasiona en su vida y en su entorno más próximo.

Según la última Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013a), el 81,9% de los jóvenes de entre 14 y 18 años ha consumido alcohol en el último año. En el caso del tabaco, la prevalencia de consumo es del 35,3%, a quien le sigue el cannabis con un 26,6%. Con un porcentaje más bajo, pero nada desdeñable, le siguen los hipnosedantes (11,6%), la cocaína (2,5%) y el éxtasis (2,2%).

Como podemos observar, el alcohol se encuentra a la cabeza de las sustancias más consumidas por los jóvenes, habiendo experimentado un repunte en los últimos años (ej., en 2010 el 63% habían consumido alcohol en

el último mes; en 2013 ese porcentaje sube hasta el 74%). Por diversas razones (ej., culturales), los jóvenes parecen no poder divertirse sin beber alcohol, una sustancia con un precio asequible que implica un gasto bastante importante todos los fines de semana (Dillon, 2010). Su consumo está tan normalizado dentro de nuestra sociedad que no se ve como un problema y no es extraño ver a alguien bebiéndose una cerveza en cualquier bar o embriagándose todos los fines de semana.

El tabaco es la segunda droga más consumida en población joven. A pesar de últimas restricciones legales, su consumo también está normalizado, aunque su precio se ha encarecido en los últimos años, siendo el producto que más impuestos especiales aporta en beneficio del Estado (Lavanguardia.com, 2011).

El cannabis, como tercera droga más consumida, es considerado una droga ilegal, por lo que su distribución se encuentra en el mercado negro. A pesar de que su precio, comparado con el alcohol, es bastante elevado, su consumo está muy extendido entre los jóvenes (ej., un 2,7% de los jóvenes de entre 14 y 18 años lo consume a diario). Todo ello a pesar de las consecuencias negativas que tiene su consumo, por ejemplo, en el rendimiento escolar de los individuos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013a).

Aunque el consumo de cocaína y de drogas de síntesis como el éxtasis es inferior al de otras drogas, durante los últimos años se ha experimentado una tendencia ascendente sobre todo en el caso de la primera, lo cual es preocupante.

Es, en consecuencia, muy importante promover, poner en marcha y realizar proyectos que den solución al fenómeno de las drogodependencias, convertido en estas décadas en un problema social grave y cotidiano, que genera demasiada crispación y violencia, problemas familiares, exclusión social y graves problemas de salud (Funes, 2009). Este trabajo pretende contribuir a conocer un poco más esta realidad en jóvenes de nuestro entorno más cercano.

2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

2.1. Objetivos

El *objetivo general* de este trabajo es analizar el perfil de jóvenes aragoneses de entre 19 y 23 años consumidores de drogas.

Se plantean además los siguientes *objetivos específicos*:

- Analizar los motivos por los que los jóvenes se inician y mantienen en el mundo de las drogas.
- Conocer la repercusión del consumo de tóxicos en las familias de los consumidores (el comportamiento familiar y las medidas que adoptan frente a dicha situación).
- Exponer los problemas de salud más comunes dentro de los jóvenes drogodependientes, incluyendo en el concepto de salud el aspecto "social".

2.2. Población y unidades de observación.

La población objeto de estudio es el conjunto de jóvenes aragoneses consumidores de algún tipo de droga, legal o ilegal. En concreto, las unidades de observación han sido los jóvenes aragoneses de edades comprendidas entre los 19 y los 23 años de edad usuarios de Proyecto Hombre en Teruel y familiares de jóvenes consumidores, usuarios del CMAPA en Zaragoza.

2.3. Ámbito geográfico y temporal

En cuanto al ámbito geográfico y temporal, el estudio está realizado en Aragón, concretamente en las ciudades de Zaragoza y Teruel entre marzo de 2013 y octubre de 2014.

3. METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Los diferentes instrumentos utilizados en la metodología de este trabajo, han sido la observación directa, la entrevista y el cuestionario. Todos ellos han contribuido a obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos planteados inicialmente.

La entrevista en profundidad, en la disciplina del Trabajo Social, es aquella que nos permite, a través de un cara a cara entre el trabajador social, y el usuario o el entrevistado, realizar preguntas abiertas, para conocer detalles de los problemas, circunstancias o situaciones que se plantean en la vida privada, de la persona a la cual estamos entrevistando. Ésta, desde su propia experiencia, irá relatando al profesional todo aquello en lo que estemos interesados, siempre y cuando no hagamos preguntas directas o abusivas que puedan intimidar al usuario, evitando así que se sienta amenazado (Robles, 2011). Es importante pues, que estas entrevistas se realicen en espacios en los cuales tanto el entrevistado como el entrevistador, se sientan cómodos, ya que se han de formular las preguntas correctamente, para que las respuestas sean las que queremos conseguir y el usuario pueda expresarse con total libertad. Hay que destacar además, que los datos deben de ir consiguiéndose poco a poco, por lo que hay que saber esperar los momentos oportunos y tener paciencia para poder alcanzar los objetivos.

Para realizar las entrevistas correctamente debemos de estudiar los perfiles de usuarios con los que nos vamos a encontrar, por edad, ámbito geográfico, etc. En este caso, la población seleccionada son los jóvenes aragoneses con problemas de drogodependencia. Esto es importante para poder realizar las preguntas correctamente y así poder profundizar en la información que nos interesa conocer. Estas entrevistas están formadas por una serie de preguntas que hemos de realizar de manera ordenada y controlando los tiempos, evitando en la medida de lo posible que el entrevistado se distraiga o se demore en las preguntas. Además, el guión deberá ser coherente con los objetivos de la investigación y los datos recogidos en las entrevistas, deberá ser usado de manera correcta, respetando en todo momento la privacidad y seguridad del usuario (Robles, 2011).

Otra de las técnicas utilizadas en este trabajo es la observación directa. Esta es la forma más sistematizada para el estudio visual y verificable de lo que pretendemos conocer y analizar. Lo que se pretende conseguir con esta técnica es conocer, de la manera más objetiva posible, el entorno de las personas a las que queremos estudiar. Sus costumbres, comportamientos,

hábitos y las diferentes formas en las que se desenvuelven en su entorno próximo, para analizar de manera más exhaustiva al propio usuario. Al igual que en las entrevistas, es importante conocer el objetivo de investigación. Según Campos y Lule (2012):

"La observación es un procedimiento que ayuda a la recolección de datos e información y que consiste en utilizar los sentidos y la lógica para tener un análisis más detallado en cuanto a los hechos y las realidades que conforman el objeto de estudio; es decir, se refiere regularmente a las acciones cotidianas que arrojan los datos para el observador" (Campos y Lule, 2012, p. 45).

Por otra parte, la observación, al ser utilizada como ya hemos dicho para la recogida de datos por parte del investigador, debe de seguir los siguientes parámetros: en primer lugar, se debe utilizar para dar validez y credibilidad al proyecto; en segundo lugar, el sujeto que investiga debe tener cualidades y conocimientos para que la información obtenida sea fiable y de calidad, para que de sentido a la investigación a realizar. Por último, debe diferenciar lo analógico de lo analítico (Campos y Lule, 2012).

La última técnica utilizada ha sido el cuestionario, diseñado en este caso por el autor de este trabajo. El cuestionario es un instrumento de recogida de datos en el cual se plantean diferentes preguntas por escrito y que se administra a los usuarios de manera individual sin que el investigador tenga que estar presente mientras se realiza. En él, se debe de marcar una pauta para que la persona que debe de contestar a las preguntas, sepa cómo ha de hacerlo y se pueda así extraer toda la información necesaria (Murillo, s.f.).

El elemento más importante y que constituye la base de los cuestionarios son las preguntas. Éstas determinarán la calidad del mismo, ya que según la clase de cuestiones que formulemos, tendrá una repercusión u otra a la hora de conseguir la información que necesitamos.

De manera concreta, en este trabajo se realizaron seis entrevistas en profundidad a seis usuarios del Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de

Teruel en abril de 2013. La elección de los entrevistados fue intencionada de entre el total de usuarios que componían el grupo de autoayuda en ese momento. En concreto, al inicio se seleccionó a siete de ellos en base al tiempo que llevaban en el centro y a su edad. Uno de los usuarios no accedió a realizar la entrevista por diversos motivos, por lo que al final el número de entrevistados fue de seis (1 mujer y 5 hombres, con edades comprendidas entre los 19 y los 23 años). Además de las entrevistas, se realizó una observación participante en dicho centro, en la que se pudo constatar cómo funciona este recurso asistencial, los proyectos que se llevan a cabo en el mismo y algunos de los grupos de terapia que existían en ese momento.

Respecto al procedimiento, se inició con un primer contacto con los responsables del centro y continuó con una entrevista con la trabajadora social del mismo en la que se concretó la selección de los usuarios que iban a ser entrevistados.

Además se administraron nueve cuestionarios a familias de jóvenes afectados por el consumo de tóxicos, usuarias del CMAPA en Zaragoza en ese momento (mayo de 2013). En concreto, en este centro se escogieron a 9 familias que estaban realizando uno los talleres que tiene el centro, denominado Taller Bitácara. Siguiendo las indicaciones de la trabajadora social, se seleccionó a estas familias por encontrarse en una fase del proceso de recuperación de sus hijos más avanzada. Participaron un total de 8 mujeres (7 madres y 1 hermana de un usuario) y 1 hombre (padre de un usuario), a los que se les facilitó el cuestionario para su cumplimentación. Al igual que en el caso de Proyecto Hombre, el procedimiento seguido en el CMAPA comenzó con una primera visita al centro y una cita con la trabajadora social para el diseño de la recogida de información.

4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

4.1. Drogas: Conceptualización

Por droga entendemos toda aquella sustancia que el ser humano ha usado en la antigüedad, usa en la actualidad e inventará a lo largo del tiempo, que tiene la capacidad de cambiar de manera significativa todas las funciones

del cuerpo humano que tienen relación con su estado de ánimo, percepción, comportamientos y salud (Funes, 2009).

Existen además, otras definiciones aquí recogidas, para aclarar en profundidad este término. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua (1992) "droga" se definiría como: "*sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*". (p.550).

Según la Organización Mundial de la Salud (1969), definiríamos droga como "*toda aquella sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones*" (p.6). Y concretando un poco más, según la página web las-drogas.com (s.f.), la Organización Mundial de la Salud la define como: "*cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central, capaz de generar un consumo abusivo, y eventualmente, llevar a un proceso de dependencia psicológica, física o ambas a la vez*".

4.2. Clasificación

4.2.1. Clasificación desde el ámbito jurídico

En las definiciones mencionadas anteriormente podemos apreciar que no existe ninguna separación entre drogas, determina todas las clases de sustancias nocivas en un solo grupo pero hemos de saber que, desde el punto de vista jurídico, las drogas se pueden dividir en dos grandes grupos, legales e ilegales. Las drogas legales son el tabaco, el alcohol y los psicofármacos, mientras que las ilegales son la cocaína, el cannabis, las anfetaminas, el *speed*, alucinógenos, etc.

La comercialización de las drogas ilegales (venta, distribución y comercialización) está totalmente oculta. Este mercado mueve miles de millones de euros y es uno de los más grandes de nuestro planeta, hasta el punto que de él se benefician una gran mayoría de personas que trabajan en el mercado negro. En cuanto a las drogas legales, también existe un movimiento enorme de dinero, pero éste ya está controlado por el Estado a través de los impuestos. Así por ejemplo, la recaudación del Estado por los impuestos al

tabaco en 2010 alcanzó los 9.842,3 millones de euros, lo cual supuso una subida del 4,19% respecto al ejercicio anterior (ABC.es, 2012).

4.2.1.1. Drogas legales

Dentro del grupo de drogas legales se encuentran el alcohol y el tabaco. La primera de ellas es la sustancia legal más consumida en nuestro país. Según la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada en los años 2011-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales Igualdad, 2013b), el 76,6% de la población española de entre 15 y 64 años había consumido alcohol en el último año. Como todos podemos observar a diario, muchas personas consumen esta sustancia en casi todos los eventos sociales y de ocio, ya sean fiestas, reuniones de amigos, celebraciones religiosas, etc. y la aceptación de esta droga dentro de la sociedad es enorme. Esta percepción normalizada sobre su consumo, ha hecho que éste se extienda a todos los estratos de edad y a todas las clases sociales, hasta el punto de que los jóvenes empiezan cada vez más temprano a consumir dicha sustancia (Infodrogas.org, 2014).

Es cierto que, en ocasiones, tomar una cantidad moderada de alcohol puede ser beneficioso para las personas, pero su consumo en exceso puede llevar a consecuencias nefastas para el individuo, llegando a producirle directa (ej., enfermedades hepáticas) o indirectamente (ej., accidente de tráfico provocado por ebriedad) la muerte (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009). Quizás por ello, en la actualidad se está empezando a conseguir que la sociedad tome en consideración esta sustancia y se vea cada vez más como lo que es, una droga, nociva para el ser humano y con consecuencias en ocasiones devastadoras.

El componente principal de esta sustancia es el etanol, que se encuentra en bebidas fermentadas como la cerveza y la sidra en un 2% y en el caso del vino en un 10%. En las bebidas destiladas como la ginebra, el ron o el whisky asciende hasta un 30% y en el caso del tequila a un 65%. Este producto hace que el sistema nervioso central se deprima, adormeciendo e inhibiendo las funciones sensoriales y cerebrales. En muchas ocasiones se piensa que esta

sustancia, es un estimulante del cuerpo humano, ya que los efectos que produce en un primer momento son euforia y desinhibición del cuerpo, haciendo que la persona se deje llevar por los efectos de la misma, pero la realidad no es así (Infodrogas.org, 2014).

Los efectos de esta sustancia varían según la edad, el peso corporal, el sexo, etc., además de las condiciones en que la persona se encuentre, como por ejemplo si ha ingerido esta sustancia con el estómago lleno, es decir, la ha consumido después de comer o de cenar, o la forma en la que bebemos. Además, según la cantidad de etanol que haya en nuestro organismo pasaremos por una fase u otra de las siete que existen dentro del consumo de esta sustancia.

En la primera fase, denominada estado de sobriedad, el individuo tiene una concentración de alcohol en sangre de 0,01 a 0,05 mg/dl en la cual la persona se encuentra normal y no se puede apreciar una ingesta de alcohol muy grande. Sólo se podría detectar su grado de alcoholemia mediante un análisis de sangre u otro tipo de métodos químicos.

En la segunda fase, denominada estado de euforia, el individuo ya presenta una concentración más alta de alcohol en sangre (entre 0,03 y 0,12 mg/dl.). Aquí al consumidor se le nota ligeramente más eufórico e incluso mucho más amigable y socializador que en condiciones normales. Además disminuye su capacidad de atención y es menos razonable (Infodrogas.org, 2014).

En cuanto a la tercera fase, denominada estado de excitación, el individuo llega a un nivel de alcohol en sangre muy superior llegando este hasta los 0,25 mg/dl. En esta fase la cantidad de efectos que aparecen ya son casi todos negativos, como la disminución total de la inhibición, atención casi inexistente, etc.

En la cuarta fase o estado de confusión, el individuo presenta unos 0,30 mg/dl de alcohol en sangre y comienza a estar desorientado y confuso, además de tener mareos y alteraciones al percibir los colores, las formas etc.

En la quinta fase o estado de estupor, la cantidad de alcohol en sangre alcanza los 0,40 mg/dl. de alcohol en sangre. Aquí aparecen síntomas como la apatía o la inercia, además de la incapacidad y desorientación muscular.

En cuanto a la sexta fase o estado de coma, el nivel de alcohol en sangre está entre 0,40 y 0,50 mg/dl., pasando a un estado de inconsciencia total o coma (Infodrogas.org, 2014).

Por último, aparece la séptima fase denominada estado de muerte, en la que el individuo sobrepasa los 0,50 mg/dl. de alcohol en sangre pudiendo llegar a morir a causa de una insuficiencia respiratoria. Todo este proceso puede variar de una persona a otra ya que no solo depende de la cantidad ingerida sino de las condiciones de nuestro cuerpo y del estado en el que nos encontremos.

Por lo que respecta al consumo de tabaco, hemos de indicar que es una planta que contiene una sustancia llamada nicotina (Lorenzo et al., 2009). Esta planta es la única del mundo que conserva y sintetiza en sus hojas un potente aditivo como es la nicotina, de la cual se extrae esta sustancia que se utiliza para realizar los cigarrillos, que es la forma que más acostumbrados estamos a ver el tabaco. Además de fumada, esta planta puede ser aspirada en polvo muy fino o mascada como por ejemplo sus hojas (Infodrogas.org, 2014).

El consumo de tabaco es enormemente perjudicial para la salud, pero al igual que el alcohol está tan mimetizado en la sociedad que no es raro ver a alguien fumar en las diferentes convenciones sociales, o en la parada del bus, etc. Su consumo está muy extendido socialmente. En la actualidad, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b), el 24% de españoles de 15 años en adelante consume tabaco diariamente y el 3,1% lo hace de manera ocasional. La edad de inicio es cada vez más temprana (en torno a los 13 años) y aunque existen multitud de campañas contra el consumo de esta sustancia, éste no descende como debería de hacerlo.

El humo del tabaco contiene cantidad de sustancias nocivas para el ser humano. A través de su combustión se liberan diferentes componentes, ninguno de los cuales es beneficioso para el ser humano. Algunos de esos componentes más comunes son (infodrogas.org, 2014):

- a) Alquitrán: sustancia que produce los cánceres que se le atribuyen al tabaco
- b) Monóxido de carbono: gas enormemente toxico que se crea a través de la combustión del tabaco y de los papeles con los que envuelven los cigarrillos. Esta sustancia hace que la oxigenación del organismo se haga muy dificultosa.
- c) Irritantes: causantes de la tos y las irritaciones de garganta. Con el tiempo pueden convertirse en bronquitis crónicas o enfermedades pulmonares.
- d) Nicotina: presente en las hojas de la planta del tabaco y luego en su combustión, es la culpable de provocar la adicción al mismo y la que le da ese olor característico.

La mayoría de la gente piensa que el consumo de tabaco relaja, ya que al fumar disminuye la ansiedad que genera la falta de nicotina en nuestro organismo. Sin embargo, la nicotina es una sustancia estimulante que altera el sistema nervioso central. Algunos de sus efectos a corto plazo son: fatiga prematura, aumento de los constipados, mayor riesgo de anginas, tos y expectoraciones, pérdida de apetito, alteraciones del ritmo del pulso etc. Y los efectos a largo plazo, pueden llegar a ser diversos cánceres producidos por esta sustancia, enfermedades pulmonares, etc. (Lorenzo et al., 2009).

4.2.1.2. Drogas ilegales

El cannabis es extraído de una planta llamada “cannabis sativa”, que puede llegar a una altura de unos seis metros. Se trata de una planta dioica, es decir, que tiene una planta hembra y una planta macho, las cuales nacen y crecen por separado. Cuando esta planta es sembrada en lugares más húmedos de las condiciones normales, segrega una resina que la hace totalmente pegajosa, la cual la protege de la humedad del ambiente (infodrogas.org, 2014).

Los machos y las hembras se diferencian en sus hojas, ya que mientras que las de los machos son totalmente visibles y con un tamaño bastante

grande, las hembras tienen las hojas más pequeñas y en algunos casos son casi invisibles. El fruto esta planta son los “cañamones”, utilizados para la alimentación de aves y para realizar tipos de aceite. Estas plantas contienen una gran variedad de componentes, entre ellos el más conocido es el THC (tetrahidrocannabinol) y es el componente con mayor psicoactividad de todos los que esta planta posee.

La gran mayoría de estos componentes están en las flores de la planta hembra, mientras que en las hojas y en los tallos los podemos encontrar pero en menor cantidad. En el mercado negro, a través de compuestos químicos y otras formas de cultivo, se han ido creando tipos de cannabis, algunos denominados “sin semilla”, los cuales han sido elaborados químicamente y tienen mucho más porcentaje de THC que las plantas naturales (Infodrogas.org, 2014).

En los años 70, la marihuana que se consumía tenía un porcentaje mucho más bajo de cannabinoides del que tiene ahora. En aquellos años, los cigarros de cannabis que se fumaban contenían entre un 5 y un 30% de THC, mientras que los que se fuman ahora contienen entre 5 y 10 veces más, llegando a un porcentaje del 150% de THC (Infodrogas.org, 2014).

Según las partes que se fumen de la planta y cómo se elaboren estas sustancias toxicas, podemos dividirlos en tres grupos:

- a) Hachís: esta sustancia se obtiene extrayendo la resina de la planta o hirviendo la planta. El líquido que suelta se prepara en diferentes moldes para conseguir la forma de barra o de huevo. Esta sustancia la podemos encontrar en diferentes tonalidades de marrón o en negro, según la procedencia que tenga. Además, contiene entre un 15% y un 30% de THC, lo que la hace especialmente peligrosa para la salud mental de quien la consume.
- b) Marihuana: es un combinado que se realiza mezclando flores y hojas secas. Las flores se separan de las hojas normalmente y se ponen a secar una vez que la planta ya ha llegado a su nivel más alto de floración. Cuando todo esto se seca, se mezcla para poderlo fumar. Esta sustancia contiene entre un 6% y un 14% de THC, con lo cual,

aunque tiene menos cantidad que el hachís, también produce considerables efectos negativos en el organismo.

- c) Aceite de hachís: este aceite se prepara destilando la planta con componentes químicos, lo que hace que la concentración de THC sea mucho más alta que en los tipos anteriores (hasta el 65%). Es la forma más peligrosa de consumir esta sustancia y sus efectos son de una gravedad muy alta.

Además de existir diferentes formas de elaborar esta sustancia, existen también diversas maneras de consumirla. El cannabis puede ser fumado o inhalado, a través de cigarrillos mezclados con tabaco, como se hace con el hachís o solo cannabis, como se hace con la marihuana, a estos cigarrillos se les suele llamar porros, petardos, canutos, etc.... Esta sustancia puede ser fumada también en pipas, o en cachimbas, aparatos que se utilizan para fumar el cannabis mucho más húmedo, ya que contienen un depósito de agua y evitar así la sensación de aspereza en la garganta. La otra forma de consumirlo es ingerido por vía oral, ya que tanto las hojas, los tallos, como la resina que se obtiene de la planta, se pueden utilizar para realizar diferentes productos alimenticios, como tortillas, magdalenas, caramelos, leche, tartas, etc.

Los efectos que produce esta sustancia son muy variados. A los 10 minutos de fumarla ya se pueden experimentar sus efectos, mientras que si se ingiere a través de algún alimento puede tardar entre unos 20 y 60 minutos normalmente. Cuando es se inhala el efecto es mucho más rápido ya que llega antes al cerebro (Infodrogas.org, 2014).

Entre sus efectos más comunes destacan (Lorenzo et al., 2009):

- a) Efectos psíquicos: acción euforizante, tendiendo siempre a la risa fácil, alteración de la noción del tiempo, despersonalización total, pérdida de capacidad de reacción, alteración de los colores y los sonidos y puede afectar a la memoria, haciendo que se olviden cosas o acciones que se tenían que realizar en ese momento. Además, si el consumo es muy elevado, pueden aparecer sensación de pánico, miedo, alucinaciones y problemas paranoides.

- b) Efectos físicos: irritación conjuntiva, tos seca, taquicardias, incluso puede suceder que aumenta la presión de las venas y arterias. También puede aparecer desorientación, sequedad de boca o escasez de concentración.

A largo plazo, esta sustancia puede acarrear problemas de diversa índole, que pueden llegar a ser muy perjudiciales para la salud de las personas que la consumen, como por ejemplo, problemas psicológicos, como la psicosis toxica aguda, delirios, etc. También pueden aparecer deficiencias físicas, relacionadas con el sistema respiratorio, como bronquitis pulmonares, e irritaciones en muchas partes del aparato respiratorio. Por último, si el consumo es muy elevado, se puede llegar a padecer un síndrome amotivacional, que se caracteriza por síntomas de apatía, fatiga, perdida de capacidades para el trabajo, etc. Los individuos que sufren este síndrome son menos compatibles con el trabajo y los estudios y pierden muchas capacidades que antes tenían y que les caracterizaban en diferentes ámbitos de la vida. Además, tienden a apartarse de la sociedad, quedándose prácticamente solos.

La cocaína se extrae de las hojas de unas plantas llamadas "erithroxylon coca". Las hojas de esta planta son tratadas de diferentes maneras para poder sacar diferentes sustancias, que son consumidas de muy variadas formas y que tienen aspectos y apariencias muy diferentes. Se pueden realizar diferentes tipos (Infodrogas.org, 2014):

- a) Sulfato de coca o pasta base: esta sustancia se suele realizar cerca de la plantación de coca, ya que como para cada kilo de pasta, se necesitan más de 100 kilos de hojas, su traslado es muy costoso. Este sulfato se consigue mezclando las hojas de coca con queroseno y agua, después el queroseno queda por un lado y las hojas de coca son desechadas del producto. Más tarde se pone agua y ácido sulfúrico y se filtra para terminar mezclándolo todo con amoniaco y cal. Cuando se termina de secar, se queda una pasta de color negruzco que fumada, produce dificultades toxicas por la cantidad de plomo que contienen las sustancias mezcladas.

- b) Cocaína base: se consigue mezclando la pasta base con éter, es evaporada y de este proceso aparecen unos cristales de gran pureza. En los suburbios se denomina *crack*, ya que al partirse estos cristales hacen un ruido característico parecido a la palabra. Esta sustancia se asemeja mucho a la porcelana. Se consume fumada mezclada con el tabaco, o se enciende en una pipa y se aspira el humo que sale de ésta.
- c) Cocaína: es el clorhidrato de cocaína, obtenida a través de la pasta base y mezclada con productos químicos como el ácido clorhídrico y la acetona etanol. Se trata de un polvo blanco cristalino y que tiene un gusto amargo. Entre los consumidores se denomina se denomina, nieve, coca o farlopa.

Existen múltiples formas para consumir esta sustancia, aunque la más conocida es esnifada a través de lo que comúnmente se conoce como rayas, que marcan la dosis que se va a consumir. También puede ser fumada (comúnmente conocido como crack), o por vía intravenosa aunque esta vía es menos frecuente por los riesgos que conlleva. En muchas ocasiones se combina con heroína, para que los efectos sean más rápidos y la adicción de la heroína no sea tan alta (Infodrogas.org, 2014).

Su consumo normalmente se produce en ámbitos festivos, en los cuales se ingieren dosis elevadísimas en un espacio de tiempo muy corto, dejando de consumir cuando se termina la sustancia o cuando la persona se encuentra muy exhausta. Cuando el consumo es crónico y se usa casi todos los días o diariamente, la sustancia es la que va domina la vida de la persona y es ésta la que se adapta al consumo.

Los efectos de esta droga, al igual que todas, son devastadores y afectan también al sistema nervioso central (Lorenzo et al., 2009), aunque los de la cocaína duran menos tiempo que los demás. Estos efectos son: sensación de euforia y excitación, elevación del estado de ánimo, menor sensación de cansancio, hiperactividad verbal y motora y altos niveles de sociabilidad. En todas aquellas personas que consumen cocaína habitualmente, es frecuente la

sensación de fatiga o apatía, como si estuvieran en un estado depresivo que incita a consumir todavía más (Infodrogas.org, 2014).

En cuanto a la salud física, también ocasiona problemas de diversa índole, como por ejemplo, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, reducción del sueño y del apetito y aumento de la actividad muscular y de la temperatura del cuerpo, haciendo que aparezcan fatiga, sudoraciones y temblores.

Esta sustancia también produce efectos negativos en cuanto al aparato reproductor, pudiendo hacer que se produzca excitación sin haber tenido ningún contacto genital, o que los orgasmos se alarguen más de lo normal. Además, puede afectar al órgano genital masculino, produciendo flacidez y disfunción eréctil, pérdida del apetito sexual y falta de control sobre otras funciones sexuales. En las mujeres se pueden padecer alteraciones en el ciclo menstrual, infertilidad, amenorrea y dificultades para alcanzar el orgasmo (Infodrogas.org, 2014).

Con el tiempo, esta sustancia puede acarrear problemas muy graves de tipo cardiovascular, pulmonar, dificultades en el embarazo, complicaciones renales, otorrinolaringológicas, problemas psiquiátricos, e infecciones por la vía de consumo.

Si el consumo de esta sustancia se vuelve crónico, pueden aparecer diferentes problemas psíquicos graves, como psicosis paranoide, que hace que el individuo sea más agresivo y aparezcan brotes de persecución, acoso, agitación, cansancio e impulsividad. En el extremo más grave podríamos estar hablando de un cuadro psicótico que debería de tratarse urgentemente. Además produce a quien la consume depresiones, y pueden llegar a estar más irritados, lo que hace que estén mucho más agresivos. Si es esnifada puede producir perforaciones y erosiones en el tabique nasal, además de afectar al sistema alimenticio, produciendo anorexia, bulimia y otros desórdenes alimenticios (Lorenzo et al., 2009).

Las drogas de síntesis constituyen un grupo de elementos psicoestimulantes derivados de las anfetaminas (Lorenzo et al., 2009), que

tienen normalmente forma de pastillas con colores llamativos e imágenes y logotipos que destacan por su forma peculiar. Antiguamente, fueron conocidas como “drogas de diseño”, pero este término fue eliminado pasando a llamarse “drogas de síntesis”. Estas sustancias estuvieron presentes en el movimiento del “bakalao” y en muchos bares de ambiente hace algunos años, si bien comenzaron a comercializarse en los años 60 con la aparición del MDMA, que fue la primera de las drogas de este tipo (Infodrogas.org, 2014).

Esta sustancia apareció por primera vez en 1912 y dos años más tarde fue utilizada por la compañía Merk, empresa farmacéutica, como vasoconstrictora, aunque nunca fue comercializada. En los años 60 empieza a usarse como droga psicoactiva y en los años 70 comienzan a estudiarse sus efectos. La droga, tal y como la conocemos en España la actualidad, comenzó a utilizarse en los años 80 en la isla de Ibiza. A partir de este momento, las drogas de síntesis se han incorporado a los festivales de música, fiestas, etc. siempre asociados a música techno, dance, etc.... Comenzó a popularizarse en la denominada “ruta del Bacalao” pero pronto se fue estabilizando y en la actualidad no se ha incrementado el número de consumidores.

Estos comprimidos se suelen consumir, como ya hemos dicho anteriormente, en contextos festivos asociados al ocio nocturno. Frecuentemente se toman una pastilla por cabeza, aunque en ocasiones pueden tomar hasta casi cuatro en una noche, además de estar mezcladas con alcohol, tabaco y marihuana. No es tan normal que se mezcle con cocaína u otras anfetaminas y es muy inusual que se compaginen con alucinógenos. Estas mezclas suponen un gravísimo riesgo para el organismo, no solo por los efectos que provoca sino porque éstos se suman a los que tienen otras sustancias que se suelen ingerir conjuntamente (Infodrogas.org, 2014).

El éxito de las drogas de síntesis tiene su base en los mitos y leyendas que se han creado alrededor de ellas, ya que no solo son adictivas, sino que las creencias que giran en torno a esta droga crean un atractivo bastante importante. Algunas de las leyendas que se tienen sobre estas sustancias son las siguientes:

- 1- Tienen una presencia muy singular y atractiva, además de ser muy cómodas de usar, por lo que muchos de los consumidores no piensan que esta sustancia sea una droga.
- 2- Normalmente se piensa que son inocuas, es decir que no producen ningún riesgo para nuestro organismo.
- 3- Estas sustancias producen un estado de vigilia, de alerta y de autoconfianza que incita a consumirlas, además desaparece la fatiga y el cansancio con lo cual se puede aguantar despierto más de lo normal.
- 4- También las hacen muy interesantes sus efectos sobre el sistema nervioso central, y la duración que tienen éstos, ya que son mucho más duraderos que los provocados por otras sustancias más populares y más costosas.
- 5- Además tienen un precio muy bajo y es muy factible poder comprarlas y disponer de ellas.

Las consecuencias que tienen son parecidas a las que producen los alcaloides naturales, ya que se intentan simular estos efectos, pero estas drogas son sintéticas con lo cual algunos de sus efectos son mucho más potentes y no tienen que ver con los conseguidos por las drogas naturales. Además, su potencia y acción las convierten en sustancias mucho más rápidas y eficaces que otras. La creación de estas sustancias es muy fácil, ya que se elaboran en laboratorios con equipos muy escasos y sus redes de distribución no son muy amplias (Infodrogas.org, 2014).

Generalmente no son más que fármacos abandonados, que se han retirado del mercado, o que poseían elementos negativos para el organismo. Algunas de estas sustancias poseen poder adictivo, generando dependencia hacia la sustancia y tolerancia. En la gran mayoría de los casos los individuos pasan de tomar una pastilla por noche, a tomar 6 u 8 a la vez, lo que favorece en gran medida los cuadros de intoxicación.

Sus efectos son directamente proporcionales a la cantidad de sustancia que se consume, la frecuencia con la que se utilizan, las vías de consumo, etc... Algunos de ellos son (Lorenzo et al., 2009):

- a) Efectos psíquicos: cambios importantes en la conducta de los individuos como euforia, alteración de la autoestima y desinhibición total, confusión, ansiedad y normalmente agresividad. Si el consumo es muy elevado, puede producirse depresión cuando se deja de consumir, lo que puede llevar a algunas personas al suicidio.
- b) También pueden aparecer alucinaciones de carácter leve, ya que los colores y las texturas pueden verse alterados de forma gradual, pero no puedes ver objetos que no existen, como en el caso de los alucinógenos. Existe un debate sobre los efectos afrodisíacos que se presume que tiene esta sustancia, ya que muchos científicos piensan que sí aumentan el apetito sexual, mientras que otros defienden que en realidad estas drogas producen dificultades en la erección y en la eyaculación.
- c) Efectos autonómicos: estas sustancias tienen unos efectos muy parecidos a los de las anfetaminas; de ellos se destaca la visión borrosa, anorexia y subidas en la presión arterial y en el riesgo sanguíneo, además de taquicardias avanzadas y otros problemas respiratorios. Sin embargo, cada uno de estos efectos dependerá de la persona que las consuma.

Existen muchos tipos de drogas de síntesis, ya que a través de los laboratorios se pueden mezclar gran cantidad de sustancias que den compuestos y fórmulas totalmente diferentes. Entre las más conocidas y consumidas está el éxtasis o MDMA. Se presenta en pastillas pequeñas de color blanco, azul, rojo o amarillo, aunque también es común que se distribuya en polvos (Infodrogas.org, 2014). Otra de las más utilizadas es el “polvo de ángel”, que tiene un sabor amargo que la hace característica y puede ser mezclado con colorantes con mucha facilidad. Se vende en cápsulas, tabletas o polvos de colores muy diversos. Aparece también en este grupo de las drogas de síntesis la “píldora del amor”, cuyos efectos son más potentes que los del éxtasis, ya que produce fuertes alucinaciones y su efecto es más duradero. Aumenta la euforia y la sociabilidad y tiene fama de ser afrodisíaca aunque nunca se ha confirmado que así sea. Por último aparece el “Eva” caracterizada por contener MDMA y éxtasis, pero con efectos mucho más potentes y cortos

en el tiempo, con lo cual la cantidad que se consume también es mucho mayor de lo normal, para lograr los efectos que se pretenden (Infodrogas.org, 2014).

4.2.2. Clasificación según la vía de consumo

Esta clasificación nos indica cuáles son las maneras de consumir dichas sustancias y cómo podemos ponerlas en contacto con nuestro cuerpo (Obra Social La Caixa, 2008). Son:

- a) Por vía aérea: fumadas como el cannabis (tanto el hachís, como la marihuana), el tabaco o en algunas ocasiones la heroína; aspiradas como la cocaína o el speed (que normalmente sale del sulfato de las anfetaminas; e inhaladas como es el caso de los pegamentos y los disolventes.
- b) Por vía oral: alcohol y drogas de síntesis.
- c) Por vía intravenosa (inyectadas): como la heroína (aunque como ya hemos dicho anteriormente puede tomarse fumada también).

4.2.3. Clasificación según los efectos producidos en el sistema nervioso

Podemos clasificar las drogas según los efectos que producen en el sistema nervioso central (Obra Social La Caixa, 2008). Existen tres tipos de efectos:

- a) Depresoras del sistema nervioso central: entre las que se encuentran el alcohol, los hipnóticos (pastillas para dormir, etc.), ansiolíticos (benzodiazepinas y algunos otros más), opiáceos (metadona, cetina, morfina y heroína), tranquilizantes (tioxantenos, butironfenonas) e inhalantes .
- b) Estimulantes de la actividad del sistema nervioso central: como las anfetaminas, la nicotina, la cocaína y todos sus derivados, y las xantinas (cafeína, teobromina, etc.).
- c) Sustancias psicodélicas o perturbadoras: entre las que se hallan los alucinógenos (LSD, mescalina, etc.), los cannabinoides (hachís, marihuana) y las drogas de síntesis como el éxtasis, la ketamina y otras.

Estas son algunas de las clasificaciones más comunes, basadas en la legalidad e ilegalidad de las sustancias, la vía de consumo y sus efectos en el sistema nervioso, aunque existen otras formas de clasificarlas.

Se puede decir, por tanto, que existen numerosas formas de consumir estas sustancias y que no solo las ilegales son dañinas, sino que las consideradas legales, cuyo comercio no está penado ante la ley, también lo son (Obra Social La Caixa, 2008).

4.3. Uso, abuso y dependencia de sustancias

Existen tres tipos de fenómenos diferenciados en cuanto al comportamiento existente dentro del consumo de tóxicos. Estos son el uso, el abuso y la dependencia de sustancias.

En cuanto al *uso*, nos referimos a aquel comportamiento que implica un consumo de sustancias psicoactivas que no acarrea ni complicaciones somáticas, ni daño, ni problemas a terceras personas. El uso no está considerado como una problemática patológica, aunque sí que puede desencadenar diversos problemas, sobre todo en relación a algunos comportamientos que se diferencian del comportamiento normal del usuario (Fundación Acorde, s.f.).

Aparece también el *hábito*, que se refiere a la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca llega a convertirse en algo de lo cual la persona tiene que depender. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue.

En cuanto al *abuso*, éste está caracterizado por un consumo que se repite multitud de veces y que implica daños en las esferas somáticas, afectivas, psicológicas y sociales, ya sean estos problemas en relación al sujeto, a sus redes sociales más cercanas o a la sociedad en general, a través por ejemplo de la conducción, los robos para conseguir dinero, etc. Además, el abuso de drogas puede acarrear conductas violentas, tanto con sus familiares o amigos como con personas que no mantienen ninguna relación con el usuario

(Fundación Acorde, s.f.). El abuso implica también que el usuario no pueda dejar de usar esta sustancia por mucho tiempo, ya que tiene que estar consumiéndola diariamente por el poder de dependencia que se ha creado con la sustancia. El abuso de las sustancias tóxicas, está incluido en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en “los trastornos relacionados con sustancias”, lo que implica que los usuarios estén dentro de un patrón desadaptativo de consumo que tiene efectos adversos y repetitivos. En definitiva, esto implica un uso inadecuado de la sustancia por la cuantía de consumo, la frecuencia y la finalidad con la que se consume esta sustancia (Fundación Acorde, s.f.).

Por último, hablaremos de la *dependencia*. Ésta se define como la incapacidad de una persona para abstenerse del consumo de tóxicos aunque sepa que le puede acarrear sufrimiento tanto físico, como psíquico. La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1964) la define como “*el estado originado por la administración o el consumo repetidos de la sustancia en cuestión de forma periódica o continua*” (p. 10). La persona llega a omitir todas las circunstancias vitales que giran alrededor del producto adictivo.

Desde siempre se ha clasificado la dependencia en dos tipos, la dependencia física y la dependencia psicológica, aunque en la actualidad ha aparecido otro tipo de dependencia, la social.

En primer lugar aparece la dependencia física o neuroadaptación, que consiste en un estado del organismo caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo entre la droga y dicho organismo. Sus dos componentes básicos son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. La dependencia física es característica de las sustancias depresógenas (opiáceos, alcohol, hipnóticos, sedantes), menos marcada entre las drogas estimulantes (anfetaminas y derivados, cocaína y nicotina) y prácticamente no tiene ninguna relación con los alucinógenos (Fundación Acorde, s.f.).

En segundo lugar, hablamos de dependencia psicológica. Ésta consiste en un deseo irresistible de repetir el consumo de una droga para experimentar sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos y evitar el malestar que se

siente cuando no se consume. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la sustancia por parte de la persona y la asociación a patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

En tercer y último lugar, aparece la dependencia social que consiste en la necesidad que existe por consumir una sustancia toxica como signo de pertenencia a un grupo social determinado y que proporciona una clara señal de identidad de las personas de ese mismo grupo (Fundación Acorde, s.f.).

La tolerancia consiste en la necesidad de aumentar la dosis de un tóxico para que se obtenga el efecto deseado. Esta, por lo tanto, designa también una disminución de los efectos en caso de utilizar continuamente la misma cantidad de sustancia: aunque no existe placer, la persona continúa consumiéndola.

4.4. Influencia del consumo de drogas en distintos ámbitos

4.4.1. La familia

Uno de los ámbitos que más influye y a la vez es influido por el consumo de drogas es el familiar. La familia es la que más sufre cuando una persona está inmersa en el consumo de tóxicos (Eseverri, 2004), pero también puede ser una influencia negativa para la persona que consume drogas, ya que en muchas ocasiones, se producen cambios en la familia que provocan en el individuo la necesidad de refugiarse en el consumo de sustancias. Sabida la importancia de las familias en este proceso, comentaremos brevemente los diferentes tipos de familias existentes (Del Valle, 2008):

- a) *Familia nuclear o elemental*: es la familia base de toda nuestra sociedad, formada por el padre, la madre y los hijos. A través del matrimonio la pareja se casa y tienen hijos, ya sean biológicos o adoptados, siempre y cuando la relación entre ellos sea totalmente regular se considerará familia nuclear. En la antigüedad, estas familias eran más grandes, ya que el número de hijos era mayor. Normalmente las familias tenían entre 4 y 6 hijos, si bien en ocasiones el número era más elevado. En la actualidad, las familias son más pequeñas y el número normal de hijos

suele ser de 2 o 3 como máximo. La crisis económica y la incorporación de la mujer al mercado laboral, entre otros factores, han hecho que descienda el número de hijos por familia de manera considerable.

- b) *Familia extensa o consanguínea*: está formada por varios núcleos familiares a la vez, siempre que coincidan todos bajo el mismo techo. En ella se encuentran una gran cantidad de personas unidas por vínculos de sangre, incluyendo padres, hijos, primos, tíos, abuelos, sobrinos y demás parentescos. Estas familias son muy comunes en ciertas etnias, como la gitana. Dadas las circunstancias económicas y sociales del momento actual, ha habido un repunte de este tipo de familias, ya que muchas parejas vuelven a casa de sus padres al no poder hacer frente a los gastos.
- c) *Familia monoparental*: son familias constituidas por uno de los padres y por sus hijos. Este tipo de familias pueden deberse a la separación o divorcio de los padres, o a la muerte de uno de ellos. En la actualidad, estas familias están cobrando mayor protagonismo debido a las circunstancias económicas y sociales. En este tipo también se pueden incluir las familias de madre o padre solteros, compuestas por uno o varios hijos y uno de los dos padres.
- d) *Familias compuestas por personas del mismo sexo*: parejas homosexuales que deciden tener hijos. Si es en el caso de varones, normalmente deciden adoptarlo como regla general, mientras que si es en el caso de las mujeres, una de las dos se queda embarazada por reproducción asistida. Estas familias son normalmente de parejas no casadas, aunque en estos últimos años, dada la legalización del matrimonio homosexual se han incrementado las uniones de parejas del mismo sexo.
- e) *Familias adoptivas*: son todas aquellas familias que a través del proceso de adopción reciben a un niño. Muchas de ellas recurren a este proceso por no poder tener un niño naturalmente. También puede darse el caso de que la pareja tenga ya un hijo y decidan adoptar a niños de otros

países o del suyo propio, para que tengan una red familiar donde refugiarse y donde apoyarse.

- f) *Familias reconstituidas*: hace referencia a todas aquellas familias en las que una persona soltera, divorciada o viuda con hijos se une a una persona soltera o en su misma situación.
- g) *Familias sin vínculos*: compuestas por grupos de personas que carecen de vínculos sanguíneos, es decir que no tienen ningún lazo que los una pero que conviven bajo el mismo techo. En la actualidad también se están creando muchas familias de este tipo ya que muchos no pueden afrontar los gastos por sí solos y deciden compartir vivienda.
- h) *Familias de diferentes culturas tanto étnica como religiosa*: son familias compuestas por miembros de culturas o creencias diferentes. Gracias a la inmigración, se forman familias multiculturales que van creando etnias diferentes a las que ya conocíamos. Puede darse el caso de que un inmigrante forme una familia con personas autóctonas de la zona, o que inmigrantes de nacionalidades dispares acaben creando un núcleo familiar heterogéneo.

4.4.2. La salud

Es importante para esta investigación conocer también el impacto del consumo de drogas en la salud, tanto física, como mental y social, de los jóvenes.

La *salud física* es aquella que marca el nivel de eficiencia funcional y metabólica que pueda tener un organismo. Es el estado en el que se encuentra un cuerpo vivo en un espacio de tiempo dado, en el cual no existen enfermedades, ni anomalías, mientras el estado de bienestar del organismo es inmejorable (Vivirmejor.org, s.f.).

Hablamos pues de la salud física como algo que todo el mundo quiere alcanzar en nuestra sociedad. Cada vez se le da mayor importancia a cuidar nuestro cuerpo, además de estar sanos y fuertes, llevando una dieta equilibrada y haciendo ejercicio gradualmente (Vivirmejor.org, s.f.).

Pero en muchas ocasiones esta salud no solo depende del cuidado que tengamos de nuestro cuerpo, ya que diferentes deficiencias genéticas o alteraciones ambientales pueden afectarlo. Una de las preocupaciones más importantes que rodean a este tipo de salud es la prevención de esas enfermedades y de los daños que nos puedan causar. Por ello, se crean campañas de prevención contra el cáncer, contra el SIDA y contra todas aquellas enfermedades que pueden causar daños irreversibles a nuestro organismo. Para cuidar nuestra salud física es importante mantener una buena alimentación y hacer ejercicio diario, ya que con él mejoramos no sólo nuestros músculos, sino también otros órganos del cuerpo. Por último, del cuidado de la alimentación y la actividad física, hemos de evitar el consumo de sustancias que lo puedan dañar o mermar su funcionamiento (Vivirmejor.org, s.f.).

Tan importante como la salud mental de los individuos es su salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud:

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajando de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹

A través de esta definición podemos decir pues, que la salud mental es la que se refiere a la situación de equilibrio que una persona siente sobre todo lo que se encuentra a su alrededor. Es decir, esta salud implica que el individuo debe de ser consciente de todo lo que pasa en su entorno, siempre manteniéndose cuerdo y analizando todo lo que pueda captar a través de sus sentidos. Mientras una persona sea capaz de conseguir este equilibrio podrá participar en la sociedad sin ningún tipo de inconveniente, alcanzando así el máximo bienestar posible.

Este tipo de salud está muy relacionado con la salud física ya que, si nuestro organismo funciona de manera correcta, nuestra mente también lo hará. La salud mental hace referencia, por tanto, al bienestar emocional y

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

psicológico que ayuda al individuo a emplear sus habilidades sociales, mentales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las relaciones sociales del día a día. Para cuidar nuestra salud mental los profesionales recomiendan, relajarnos y encontrar tiempo para cuidarnos, contar siempre con el apoyo de familiares, amigos y redes sociales más cercanas y mantener una vida saludable, cuidando nuestra salud física y así ayudar a la mental.

Existen muchas enfermedades relacionadas con este tipo de salud, las cuales solo pueden ser tratadas a través de especialistas que se dedican al cuidado de nuestra mente. Las patologías más comunes son los trastornos de ansiedad, los cuales pueden ir desde las fobias hasta los ataques de pánico, ya sean de tipo obsesivo-compulsivo o de estrés post-traumático. Asimismo, también nos podemos encontrar enfermedades mentales como la depresión, la esquizofrenia, la bipolaridad, etc., todos ellos trastornos graves que inciden en la personalidad o en la psique de las personas.

Por lo que respecta a la *salud social* podemos afirmar que es el tercer aspecto que conforma la salud de un individuo. En muchas ocasiones al hablar de salud, nos referimos solo a la salud física o mental, pero olvidamos que otra parte importante de nuestra salud es la salud social. Una persona que goza de una buena salud social es aquella que disfruta de una interacción satisfactoria con el entorno que le rodea. Es decir que conserva una buena relación con las personas y el ambiente de su alrededor. Todos los individuos vivimos al lado de personas que nos quieren, es decir de nuestras redes sociales, amigos, familiares, vecinos, compañeros de trabajo, personas que a lo largo de nuestra vida vamos conociendo. Si mantenemos una buena relación con ellos, mantendremos una excelente salud social. Además, es muy importante que el entorno en el que vivimos sea adecuado y satisfaga todas nuestras necesidades, culturales, educativas, laborales, sanitarias, medio ambientales, etc.

Si queremos disfrutar de una calidad de vida favorable, no solo deberemos de tener en cuenta nuestra salud física y mental sino que también deberemos de impedir que nuestra salud social se deteriore, procurando

mantener de forma constante, buenas relaciones con todos los miembros de nuestra red social.

4.5.- El abordaje de las drogodependencias desde la disciplina del Trabajo Social

En esta problemática de las drogodependencias que estamos analizando en el presente trabajo, el trabajador social debe aparecer como uno de los referentes en la ayuda de los usuarios, junto a otros profesionales que también forman esos equipos como psicólogos, enfermeros, etc. Es importante pues, destacar el papel que el profesional del Trabajo Social juega dentro de este ámbito y cuáles son los protocolos y actuaciones que se realizan para la iniciación de los procesos de disminución de la drogodependencia.

Los trabajadores sociales debemos de hacer una labor comunitaria junto a otros profesionales para confeccionar buenas estrategias de información prevención y actuación. Según Gutiérrez (2007):

"Se trata, en definitiva, de que los profesionales del Trabajo Social conozcan primero los problemas de las drogas y después, superando los estereotipos, diseñen desde el ámbito comunitario estrategias conjuntas capaces de informar, prevenir y actuar coordinadamente junto a otros profesionales" (p. 45).

Es importante, por tanto, no solo que exista relación entre los trabajadores sociales y profesionales de otros ámbitos, sino que además todos estos profesionales conozcan de manera clara y concisa todos aquellos problemas que atañe la drogodependencia, no solo para las tareas de prevención sino para la intervención en el caso de aquellas personas que padezcan este problema (Gutiérrez, 2007).

El plan de actuación que los trabajadores sociales tienen sobre las drogas es muy complejo y por ellos es imprescindible que se haga con un conocimiento continuo de cuál es el problema y de las redes de profesionales que puede contar para poder llevar a cabo el procedimiento.

La intervención del trabajador social puede producirse de diversas formas, al igual que en otros campos que trata esta profesión. En función del usuario y de la situación en la que nos encontremos, la intervención podrá ser de una manera u otra. Puede ser una *intervención individual*, en la que el trabajador social se encuentra a solas con el paciente en cuestión y recaba información a través de una entrevista en profundidad o de la historia social, la ficha social o la observación participante, entre otras técnicas. En la entrevista, el profesional ofrecerá una escucha activa al usuario, comprendiendo su problemática, facilitando así la reflexión y los conocimientos del paciente. Gracias a esto podrá extraer la información necesaria para después tomar las decisiones correspondientes (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

Esta entrevista también será útil para convencer al paciente de las tareas que tiene que realizar para conseguir enfrentarse al problema y además convencerle de que puede conseguirlo, apoyándole para que aumente su implicación en el proceso y que asuma todas las consecuencias que éste le ha de imponer, facilitando así un aumento de la capacidad del paciente para solucionar su problema. Esta técnica de investigación constituye además un marco perfecto para informar al usuario sobre diferentes temáticas que le ayudarán en este proceso, orientándole hacia hábitos de vida más saludables, por ejemplo, el acceso a una formación o a cualquier empleo, participación social, etc. (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

En el ámbito de las drogodependencias *la intervención grupal* constituye un elemento importante. Según el Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid (2012):

"El grupo es una importante herramienta terapéutica, que permite rentabilizar el trabajo desarrollado desde las diferentes áreas, no sólo como forma de mejorar la gestión de los tiempos de que disponen los profesionales, sino también como forma de facilitar las sinergias positivas y las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio" (p. 43).

Es importante pues para el paciente, ya que en estos grupos se siente valorado y se relaciona con personas que padecen sus mismos problemas. Estos grupos tratan diferentes ámbitos ya sean grupos de acogida o grupos en los que se les educa para llevar una vida saludable o grupos de recaída.

En el abordaje terapéutico de las drogodependencias no solo es importante el plano individual, sino que otra de las prioridades que se deben de tener es la familia. Es ella la que, de alguna manera, toma una importancia decisiva en el proceso del paciente. Existen casos en los cuales no se puede realizar el proceso con la familia, ya sea por petición expresa del paciente, por dificultades a la hora de contactar con ella o simplemente por una escasez de motivación por parte de la misma (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

Como ya hemos dicho anteriormente, en la intervención a solas con el paciente, la técnica de investigación que se utiliza aquí suele ser la entrevista en profundidad. De ella podemos obtener datos e informaciones que nos ayuden a comprender un poco más las características de nuestro paciente y cuál es la disposición de la familia en cuanto al proceso a tratar.

Se debe intentar crear un ambiente de escucha que nos facilite la comunicación con los entrevistados, haciendo que expongan todas sus visiones del problema, realizando una exploración en profundidad sobre el mismo y como la familia interactúa con el usuario. Se ha de intentar además, informar a la familia sobre la situación del paciente y educarles para que puedan afrontar este problema de la manera más adecuada posible. Se explorarán también cómo son las relaciones dentro de la familia y cuáles son sus conductas frente al usuario sobre todo en la temática de la drogodependencia (Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

También es frecuente la intervención grupal con las familias, tal es el caso del Programa Bitácora del CMAPA en Zaragoza, del cual se han conseguido parte de la información utilizada en la elaboración del presente trabajo. Existen multitud de grupos dentro de las diferentes asociaciones, y en cada uno de ellos la temática será diferente, dependiendo también de la evolución del paciente y de lo avanzado o no que este en el proceso. Pero el

trabajador social deberá de clarificar siempre los roles que deben de tener los familiares, cuáles son sus responsabilidades frente al problema, cómo deben de ser sus relaciones, apoyando en todo momento a todos los miembros de la familia. Se pueden utilizar los grupos para investigar cuál es la visión de los familiares sobre esta temática, qué papel desempeña está dentro de la propia familia, etc. Además de grupos en los que se concientiza a las familias de cómo deben de actuar y educar a los jóvenes en hábitos de vida saludables, es necesario fomentar la participación social, que puedan ayudarles a ellos y sobre todo al paciente en cuestión (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

Es, en definitiva, una tarea ardua la del profesional del Trabajo Social y además de vital importancia en este proceso de intervención con el paciente. Por ello, es clave formar a los trabajadores sociales para que contribuyan con su profesionalidad al afrontamiento de este tipo de problemática.

5. ENTIDADES DE REFERENCIA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Las entidades de referencia en esta investigación han sido el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) de Zaragoza y el Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Teruel, en las que se realizó la observación participante y las entrevistas a los usuarios (en Proyecto Hombre) y los cuestionarios a las familias (en el CMAPA).

En primer lugar haremos referencia al CMAPA, centro que se encuentra situado en la ciudad de Zaragoza. Según podemos observar en su página web, es un centro de carácter público, municipal y gratuito. En él trabajan diversos profesionales que se encargan de realizar una atención personalizada y confidencial, a todas aquellas personas que padecen problemas de drogodependencia o alcoholismo, además de realizar y apoyar campañas de prevención².

El CMAPA tiene como principales objetivos: realizar un abordaje lo más especializado posible en el tratamiento de las adicciones y adecuar el centro a

² http://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=2407

las nuevas adicciones; atender a todas aquellas personas que demanden ayuda para problemas relacionados con las adicciones; reducir los daños individuales, personales y familiares que pueda ocasionar la adicción a las personas que se encuentran en tratamiento; atender también a todas aquellas personas cercanas al afectado, sobre todo a las familias; y, por último, concienciar a los usuarios que reciben tratamiento la responsabilidad que ellos poseen sobre los mismos.

Además la asociación se fundamenta en diferentes principios, como son: facilitar el acceso a las personas del municipio; proporcionar la atención necesaria para todas aquellas personas con problemas de adicción; ofrecer tratamientos integrales y personalizados para todas las personas que lo necesiten, tanto a ellas como a sus familias; priorizar los tratamientos a los colectivos más vulnerables; y promover el cambio sobre la percepción que se tiene sobre las adicciones intentando que no se estigmaticen estos sucesos e intentar convencer de que es un problema grave de salud.

En él se realizan diferentes actividades destinadas a los usuarios y a las familias, tanto para que puedan desprenderse de la situación en la que se encuentran, como para prevenir que ocurran estas situaciones y además poder informar a familias y afectados de los tratamientos y procesos que se deben de seguir para superar las adicciones.

Algunas de las actividades que el centro propone a sus usuarios son las siguientes: información y orientación a las personas que demanden ayuda del centro sea cual sea el tipo de adicción; tratamientos integrales individualizados para todas aquellas personas que puedan presentar problemas de adicciones y a sus familias; abordaje de la prevención sobre todo en los centro educativos de la ciudad; creación de programas de prevención comunitaria y colaboración con las entidades municipales, instituciones, asociaciones, que lo necesiten.

El CMAPA cuenta también con diferentes servicios, que es importante destacar para entender un poco más como es el recurso. Éstos van desde la atención personalizada e individualizada de los pacientes y sus familias, hasta la sensibilización de la población sobre la problemática que tienen las adicciones dentro de la sociedad, pasando por informar de los programas de

prevención existentes, realizando el seguimiento y evaluación de los mismos, responder a las demandas de colaboración hechas por otras instituciones y la atención especializada a todos los colectivos que lo necesiten.

En el CMAPA podemos observar también la existencia de diferentes programas destinados a todos los objetivos y principios que en la asociación se persiguen. Algunos de los programas son: abordaje integral de la enfermedad alcohólica, adicción al juego (IOCARI), Ayuntamiento sin humo; cannabis, cocaína, compras compulsivas, deshabituación tabáquica: Lo dejo, hábitos saludables, heroína, información y orientación, intervención individualizada con familias, padres o el programa Comunitario de Adolescentes "a tiempo".

En segundo lugar, haremos referencia a la entidad Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Teruel. Este centro nació en el año 2000 y como indican en su página web, es un proyecto de Jubileo, que tiene la intención de dar respuesta a todas las necesidades que genera el abuso de las diferentes drogas que actualmente existen en nuestra sociedad³.

Este centro además forma parte de la Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones, son miembros también de la Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión y colaboran con la Coordinadora Aragonesa de Voluntariado, la cual realiza diferentes actividades dentro del Centro de Solidaridad de Teruel.

Esta entidad colabora en otras muchas entidades turolenses y tiene una notable participación dentro de la mesa local de prevención de las drogodependencias que se realiza en el Ayuntamiento de la localidad, teniendo participación en las tres grupos de trabajo que se realizan: participación I, participación II y grupo de trabajo de reinserción.

Esta asociación se basa en diferentes proyectos y programas. En primer lugar, destaca el Plan de prevención que consta de diferentes programas que intentan dar a conocer la problemática de las drogas y dotar de recursos a los

³<http://www.centrodesolidaridaddeteruel.es/smartportal.php?zone=smartportalcategorias&action=view&contenttype=posts&codeID=114&categoryID=114>

adolescentes y las familias ante las diferentes situaciones de riesgo. En segundo lugar está Proyecto Hombre, que es un programa educativo y terapéutico para todas aquellas personas toxicómanas que necesitan de rehabilitación y reinserción dentro de la sociedad. Este programa consta de tres fases, acogida, comunidad terapéutica y reinserción. En tercer lugar, el Programa de apoyo y orientación a las familias, en el que se intenta que los padres estén seguros, satisfechos y cómodos con sus hijos creando así buenas relaciones, apoyándoles y orientándoles en su educación. En cuarto lugar, El programa de inserción sociolaboral, en el que se ayuda a los usuarios a realizar curriculums y se les orienta para que puedan buscar trabajo y puedan hacer cursos formativos que les ayuden a tener una formación laboral buena con la que puedan desenvolverse de manera correcta dentro de la sociedad. Y por último, los programas de orientación a los jóvenes en situación de riesgo y a sus familiares, con los que se pretende que el adolescente disminuya los factores de riesgo que se producen en este ámbito y se orienta a las familias para que detecten las situaciones de riesgo; además se les dan pequeñas pautas que deben de seguir para encauzar posibles problemas.

Por último, es necesario indicar que muchas otras entidades ayudan y colaboran para que este centro pueda ir hacia adelante y consiga los proyectos que se propuso la asociación cuando comenzó. Entre ellas destacan la Diputación Provincial de Teruel, la Comarca Comunidad de Teruel, el INAEM y sobre todo los socios colaboradores particulares.

6. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA

Existen en Aragón multitud de recursos relacionados con la problemática de las drogodependencias. En ellos se desarrollan acciones destinadas a la reducción del consumo de tóxicos en nuestra sociedad, además de campañas de prevención tanto a los individuos como a las familias, para que las personas podamos llevar una vida saludable, educando a la sociedad para el conocimiento de las drogas y en el rechazo a las mismas.

Según la Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón (s.f.), existen diferentes centros de para la atención de las drogodependencias en nuestra Comunidad. Aparecen en primer lugar los Centros de Prevención Comunitaria que son:

- CMAPA Ayuntamiento de Zaragoza
- CPC Ayuntamiento de Teruel
- CPC Ayuntamiento de Huesca
- CPC Ayuntamiento de Ainsa
- CPC Ayuntamiento de Alcañiz
- CPC Comarca Cuencas Mineras
- CPC Comarca Andorra Sierra de Arcos
- CPC Comarca de Cinca Medio
- CPC Ayuntamiento de Jaca
- CPC Ayuntamiento de Calamocha
- CPC Comarca de Tarazona y el Moncayo
- CPC Ayuntamiento de Calatayud
- Servicios Sociales Comarcales Bajo Aragón Caspe

En ellos se realiza una atención comunitaria sobre el tema de las drogodependencias siguiendo unas funciones básicas, generales para todos los centros, que son: informar y orientar a los individuos que se encuentran en un estado de drogodependencia o involucrados en este, como a las familias de los mismos; detectar con precocidad los procesos de drogodependencia, o las causas que puedan llevar a ello; participar en las campañas de prevención, para informar sobre hábitos de consumo y cambio de actitudes; colaborar con los institutos, colegios, etc. para informar de este tema y de sus consecuencias; informar a los profesionales para la prevención; establecer redes de trabajo entre todos los ámbitos y recursos existentes; y, realizar los seguimientos correspondientes a todos aquellos pacientes que lo necesiten.

Por otro lado, según la Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón (s.f.), están las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA):

- UASA Servicio Aragón de Salud
- CMAPA Ayuntamiento de Zaragoza
- Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Zaragoza
- UASA Cruz Roja
- UASA Cinco Villas
- UASA Calatayud
- UASA Huesca
- UASA Sector Barbastro Centro de Especialidades
- UASA Alcañiz
- UASA Cruz Roja Teruel
- Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Teruel
-

En ellas, las diferentes funciones que realizan son muy parecidas a las de los centros comunitarios: orientación e información; desarrollo de programas destinados al abandono del consumo de las drogodependencias; planificación de manera individual de los procesos terapéuticos a seguir (desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria); diseño de programas para la reducción de daño con los opiáceos; asesoramiento de los familiares, etc.

Por último, según la Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón (s.f.), aparecen las Comunidades Terapéuticas, que son centros que se encargan de la rehabilitación residencial, proporcionando una atención vinculada a la deshabituación, reinserción y rehabilitación de personas drogodependientes. Estas son:

- Comunidad Terapéutica el Frago
- Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre

7. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este apartado se realiza un análisis exhaustivo de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los jóvenes del Centro de Solidaridad de Teruel y a las familias atendidas en el CMAPA.

7.1. Análisis de las entrevistas a jóvenes consumidores de drogas

7.1.1. Edad, género y edad de inicio en el consumo

En relación a la primera variable, se les preguntaba a los individuos por su edad en ese momento (Tabla 1). La media obtenida fue de 21,67 (rango de 19 a 23 años). En cuanto al género, 5 de los encuestados eran varones y 1 era mujer.

Tabla 1. Distribución de los jóvenes entrevistados por edad y género.

Edad	Datos	Porcentaje	Sexo
19	1	16,6%	H
20	1	16,6%	H
21	1	16,6%	H
22	2	33,3%	H-M
23	1	16,6%	H

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

Por lo que respecta a la edad en la que comenzaron a consumir sustancias, conviene aclarar que alguno de los entrevistados, cuando era consumidor de varias sustancias, indicaron la edad de inicio en el consumo de cada una de las drogas (Tabla 2). En general, se observa que dos de ellos comienzan a los 12 años de edad, uno de ellos a los 15 años, otro a los 17 años, otro a los 18 años y uno no recuerda con exactitud cuándo empezó a consumir. Según estos datos, la edad media para empezar a consumir drogas es de 12,5 años. Diferenciando a cada una de las sustancias, podemos determinar que la edad media de inicio tanto en el consumo de tabaco como de alcohol es de 13,7 años, de 15,7 años para el consumo de cannabis y de 16,4 años para el consumo de cocaína.

Tabla 2. Edad de inicio en el consumo.

Edad Media de consumo	General	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína
12	2	2	2		
13			1	1	
14					
15	1	1		1	1
16		1			1
17	1			1	
18	1		1	1	1
19					
No Recuerda	1				
	12,5	13,7	13,7	15,7	16,4

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

Como podemos observar en las anteriores tablas, los datos de las entrevistas indican que el comienzo en el consumo tanto de alcohol como de tabaco se da a edades muy tempranas (13 años), mientras que el cannabis y la cocaína se comienzan a consumir a edades más avanzadas, aunque todavía en la adolescencia, lo que se conoce como la hipótesis de la escalada.

7.1.2. Razones para el consumo de drogas

Según se desprende del análisis sobre las razones o motivos por los cuales estos jóvenes comenzaron a consumir (Tabla 3), la más importante es “porque todos mis amigos lo hacían”. La mitad de los jóvenes señala el consumo por parte de los iguales como motivo principal. Dentro de este grupo

además un joven añade que era muy fácil conseguir la droga. Entre otros motivos para iniciarse en el consumo se señalan (pareja), el abandono de la práctica deportiva y la muerte de un ser querido.

Podemos observar pues que existen diversas razones por las cuales una persona puede comenzar a consumir, pero nos encontramos que la identificación con el grupo de iguales parece ser la que más tiene que ver con el inicio en el consumo.

Tabla 3. Razones para el inicio en el consumo de drogas.

Razones	Usuarios que lo hicieron por esta razón	Frecuencia
Porque todos mis amigos lo hacían.	E1,E3 y E4	3
Relaciones con otra persona	E2	1
Al dejar el deporte	E5	1
Muerte de un ser querido	E6	1
Se conseguía muy fácil	E3	1

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

7.1.3. Cambios asociados al consumo de drogas

Los cambios asociados al consumo de drogas son diversos, según se muestra en la Tabla 4. El E1 indica cambios en su estado de ánimo, logrando estar contento y animado, pero sus reacciones mecánicas son más tardías y torpes y acaba aturdido, para finalmente caer en depresión. El E2 en un principio se muestra más agresivo pero luego acaba mostrando una afectividad desmesurada abrazando a todo el mundo según el relata en la entrevista. El E3 señala mostrarse más activo y divertido, se abstrae de los problemas del trabajo o de sus relaciones personales y finalmente acaba hundiéndose en la depresión. El E4 consigue mostrarse más atrevido y desinhibido, le sirve para elevar la moral y estar contento y animado olvidándose de los problemas

cotidianos. En cuanto al E5 observamos que consume en la mayoría de los casos para olvidar problemas y agobios y así poder estar más contento y animado. Consigue ser más atrevido y desinhibido, activo y divertido. Por último, el E6 en un principio se muestra más agresivo y alterado, pero muestra muchos cambios de humor durante el proceso. Igual puede estar excesivamente contento y animado y en breve caer en una profunda depresión.

Tabla 4. Cambios experimentados tras el consumo de drogas.

Cambios	Usuarios que los experimentan
Estado de bienestar contento y animado	E1,E4,E5 y E6
Reacción mecánica tardía y torpe	E1
Aturdimiento	E1
Depresión	E1,E3 y E6
Agresividad	E2 y E6
Afectividad desmesurada	E2
Más activo y divertido	E3 y E5
Atrevimiento, desinhibición	E4 y E5
Olvidar problemas	E3, E4 y E5

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

7.1.4. Consecuencias asociadas al consumo de drogas

El 100% de los jóvenes entrevistados es consciente de las consecuencias que acarrea el consumo de tóxicos, si bien informan de consecuencias variadas que dejan estas sustancias en sus cuerpos y en su entorno.

El E1 y el E4 comentan un empeoramiento general en la salud. El E4 explica que en ocasiones padece mareos y vómitos. El E2 pierde a menudo el control y tiene reacciones anormales que no había tenido anteriormente, además incide en que padece un cansancio excesivo propio del consumo de tóxicos. El E3 solamente comenta el fuerte desembolso económico que, el consumo de le acarrea, pero añade que como trabaja, no tiene mayor

problema. El usuario E5 comenta la imposibilidad de realizar deporte con asiduidad, por el cansancio que padece y la aparición ocasional de pérdidas de memoria. El E6 es muy consciente de los problemas que acarrea el consumo de sustancias porque se lo cuentan y lo ve en otras personas, pero a pesar de ello afirma perder mucho el control y tener reacciones anormales.

7.1.5. ¿De qué serías capaz por consumir?

Cuando se pregunta a los jóvenes de qué serían capaces por conseguir la sustancia que desean (Tabla 5), un 66,6% ha pedido dinero prestado o ha prestado dinero a algún amigo para poder comprar las sustancias. Un 33,3% han realizado desplazamientos lejos de su lugar de origen siendo menores y sin el consentimiento o conocimiento de los padres. Un 33% han hecho todo lo necesario, incluso robar, mentir, etc. para conseguir la sustancia deseada.

Tabla 5. Cosas que serían capaces de hacer por conseguir droga.

¿De qué serías capaz?	Usuarios que lo piensan	Porcentaje
Pedir dinero prestado	E1, E2, E3 y E6	66,6%
Desplazarme lejos del lugar de residencia	E3 y E6	33,3%
Lo que sean necesario (Robar, Mentir, etc.)	E2 y E4	33,3%
Absentismo escolar	E3	16,6%
Privarse de alimentos y otras necesidades	E6	16,6%
No haría nada	E1 y E5	33,3%

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

El 16% de los entrevistados no ha asistido al centro educativo en algún momento por conseguir la sustancia, ya que como ellos comentaban, solo la podían obtener en horario escolar. La privación de otras necesidades, a favor

de conseguir cualquier tipo de sustancia se encuentra también en el 16% de los entrevistados. Finalmente un 33,3% alega que alguna vez ha sido capaz de aguantar sin consumir sin hacer nada.

7.1.6. Pérdidas asociadas al consumo de drogas

La gran mayoría de los entrevistados (83,3%) tiene claro que ha perdido mucho dinero para conseguir las sustancias que necesitaba (Tabla 6). Solo el 50% de ellos piensa que ha perdido salud y como consecuencia padecen problemas físicos y mentales. El 16% de los entrevistados ha perdido una relación sentimental con otra persona, novio, novia, etc. El 33,3% han dejado de relacionarse con los amigos que tenía, incluso han perdido a amigos de la infancia. El 16,6% dice haber perdido mucho tiempo en sus desplazamientos para conseguir lo que precisaba. El 16,6% se ha distanciado de la familia. Por último, el 16,6% piensa que no ha perdido en absoluto y que como mucho ha podido perder algo de dinero.

Tabla 6. Pérdidas asociadas al consumo de drogas percibidas por los usuarios.

Pérdidas	Usuarios	Porcentaje
Dinero	E1, E2, E3, E4 y E5	83,3%
Salud	E1,E2 y E5	50%
Una relación	E2	16,6%
Los amigos	E3 y E6	33%
Tiempo	E3	16,6%
Nada	E4	16,6%
La familia	E6	16,6%

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

7.1.7. Daños asociados al consumo de drogas

La mayoría de los entrevistados, como se puede apreciar en la Tabla 7, coinciden en la preocupación, el desasosiego y malestar que genera en la

familia el conocimiento de que sus hijos consuman algún tipo de sustancia, llegando incluso a provocar pérdida temporal de las relaciones entre padres e hijos consumidores.

En cuanto a las amistades, el distanciamiento y la pérdida de relaciones no es demasiado significativa ya que la mayoría continúa con las mismas amistades, aunque destaca el hecho de que todos sus amigos consumen.

Tabla 7. Daños asociados al consumo de drogas.

AFFECTADOS	USUARIO
Preocupación, desasosiego y malestar	E1, E2, E3, E5 y E6
Pérdida temporal de relaciones	E4
Distanciamiento	E6
Perdida de relaciones	E3

Fuente: elaboración propia a partir de los participantes entrevistados en el Centro Solidario de Teruel

7.1.8. Conciencia de adicción

La gran mayoría de los entrevistados (E1, E2, E3, E4 y E5) afirman que serían capaces de dejarlo en cuanto se lo propusieran a pesar de ser conscientes de ser adictos. El E6, en cambio, afirma rotundamente no ser adicto.

7.2. Análisis de la información obtenida de los familiares de jóvenes consumidores.

7.2.1. Tiempo que tardó en darse cuenta del problema de adicción de su hijo.

A la vista de los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados a los familiares de jóvenes usuarios del CMAPA, el 67% de los encuestados indica que tardó de un año a más de un año en darse cuenta de la adicción de sus hijos a ciertas sustancias, frente al 33% que tardó de 4 a 6 meses en darse

cuenta de la situación (Tabla 8). Podemos observar pues, que se tarda un largo tiempo en conocer la situación de los hijos, ya sean de 4-6 meses o en un año o más.

Tabla 8. Tiempo que tardó la familia en darse cuenta del problema de adicción de su hijo.

Tiempo	Usuarios
0 a 3 meses	
4 a 6 meses	3
Más de medio año	
Un año	3
Más de un año	3

Fuente: elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

7.2.2. Indicadores del consumo de drogas en sus hijos.

La mayoría de los padres (67%) empieza a tener sospechas serias de que su hijo consume drogas cuando localiza en casa sustancias para el consumo, que sus hijos han intentado esconder o que se han ido dejando olvidadas por la casa. El 33% percibe cambios en el comportamiento de sus hijos y también el 33% señala porque lo cuentan ellos mismos. El 22% se entera cuando tiene que acudir a la policía, tras la detención del joven por algún problema derivado del consumo o del transporte de sustancias. Por último, otro 22% señala otros problemas o motivos, en uno de los cuestionarios se explica que “por problemas en la dinámica familiar” (Tabla 9).

Tabla 9. Motivos por los que se dieron cuenta del consumo de drogas de sus hijos.

Motivos	Usuarios
Los amigos	
Problemas con la policía	2
Cambio de Carácter	3
Encontró sustancias en casa	6
Lo dijo él o ella	3
Tuvieron que llevarlo al hospital	
Otros	2

Fuente: elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

7.2.3. Cambios en el comportamiento de los hijos

Los cambios en el apetito de los jóvenes han sido, según los encuestados un 67%, los principales delatores de esta situación, junto con los cambios de amistades (56%), seguido de los cambios en el sueño y de las distintas formas de actuar. El exceso de salidas y el gasto (23%) son los otros detonantes que señalan los padres encuestados como delatores de la situación de consumo de sus hijos/as (Tabla 10).

Tabla 10. Comportamientos de sus hijos.

Tipos de Comportamientos	Usuarios
Salía mucho	2
Gastaba mucho	2
Cambios en el sueño	4
Cambios de amigos	5
Cambios en el apetito	6
Diferentes formas de actuación	4
Otros	1

Fuente: elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

7.2.4. Causas del consumo de drogas de sus hijos

La gran mayoría de los familiares, el 78% aproximadamente, cree que los principales culpables de que sus hijos consuman, son los amigos, seguido de la facilidad de que existe actualmente para acercarse a un montón de sustancias 22,2% de los padres lo creen. Otro 16,6% cree que existen otros problemas en otros ámbitos diferentes al de la familia y otro 16,6% piensa firmemente que el problema no es otro que, a su hijo le gusta consumir. Existen otros motivos pero no han querido especificarlos (Tabla 11).

Tabla 11. Causas del consumo de drogas de sus hijos.

Causas	Usuarios
Influencia de los amigos	7
Influencia de los medios de comunicación	
Influencia de la pareja	
Problemas familiares	
Problemas en otros ámbitos	1
Facilidad en la disponibilidad	2
Le gusta consumir	1
En la familia se consume	
Otros	3

Fuente: Elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

7.2.5. Consecuencias del consumo de drogas en las familias

Los padres destacan, por orden de importancia, los cambios de humor que se van dando en los hijos/as, el comportamiento frente a la familia en general, la apatía desmesurada que presentan, la falta de comunicación que se va generando y el aumento de nerviosismo. Todo ello contribuye al deterioro progresivo de las relaciones entre padres e hijo/a y el resto de la familia (Tabla 12).

Tabla 12. Consecuencias del consumo de drogas en la familia.

Consecuencia	Usuarios, en cómo afecta entre usted y su hijo.	Usuarios, en cómo afecta en los demás familiares y su hijo.
Existe falta de comunicación.	1	4
Cambios de humor.	7	5
Cambio en el comportamiento frente a la familia.	5	6
Apatía.	6	6
Más nervioso.	4	1
Mismo comportamiento.		
Otros.		1

Fuente: Elaboración propia a partir de los cuestionarios del CMAPA

7.2.6. ¿Qué hacer para ayudar?

En relación con la Tabla 13, el 67% de las familias aproximadamente, cree que ayudaría hacerle entender que puede vivir sin consumir. El 55,5% cree que ayudaría hacerle entender que no está haciendo lo correcto y el 45% incide que hay que enseñarle otros hábitos saludables. El 34% opina que hay que procurar que se relacione con otras personas y finalmente un 23% cree que ayudaría retirarle el dinero de su asignación.

En cuanto a la Tabla 14, el 55,5% de los padres opina que además de la ayuda en casa, deben acudir a una asociación necesariamente. Un 23% de padres cree que solamente en la Asociación le prestaran la ayuda necesaria, frente a un 11,2% que opina que con la ayuda de su casa es suficiente. Solamente un 11,2% opina que es fundamental acudir a la asociación e integrarse en terapias familiares.

Tabla 13. ¿Qué hacer en esta situación?

¿Qué hacer?	Usuarios
Intentar que se relacione con otra gente	3
Enseñarle otros hábitos saludables	4
Hacerle entender que no hace lo correcto	5
Retirarle el dinero	2
Ayudarle a entender que puede vivir sin consumir	6
Otros	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

Tabla 14. Necesidad de acudir a algún recurso.

¿Qué hacer?	Usuarios
Debe acudir a una asociación	2
Debe acudir a una asociación además de ayuda en casa	5
La ayuda en casa es suficiente	1
Es necesaria la ayuda de la asociación en terapia familiar	1
Otros	

Fuente: Elaboración propia a partir de los cuestionarios realizados en el CMAPA

8. CONCLUSIONES

Según los resultados que se desprenden, tanto de las entrevistas a los jóvenes como de los cuestionarios realizados a los familiares, podemos concluir lo siguiente. En primer lugar, podemos decir que los jóvenes aragoneses entrevistados se inician a una edad temprana en el consumo de sustancias legales e ilegales. Dato preocupante que indica un consumo excesivamente prematuro, que tiene como hemos podido observar consecuencias negativas en los consumidores: empeoramiento general de la salud, cansancio excesivo, pérdidas de memoria, aturdimiento, depresión. Además, dicho consumo repercute negativamente en las personas de su entorno más cercano, que reconocen la existencia de cambios en el carácter, descontrol y reacciones anormales, agresividad, afectividad desmesurada, atrevimiento y desinhibición, además de un fuerte desembolso económico.

En nuestro país, el alcohol y el tabaco son drogas legalizadas cuyo consumo no está penalizado por la ley y están totalmente integradas en la sociedad, lo cual hace que mucha gente joven comience a consumirlas en edades prematuras (tabaco y alcohol: 13,7 años). Estas sustancias sirven de puerta de entrada a las drogas ilegales, como el cannabis (edad inicio de consumo: 15,7 años) y la cocaína (edad de inicio de consumo: 16,4 años), que son las más consumidas por los jóvenes participantes en este estudio.

La información obtenida permite afirmar que el consumo de drogas repercute tanto a nivel individual como a nivel familiar. En este sentido, el consumo de estas sustancias repercute en las relaciones familiares provocando en el seno de las mismas, preocupación, desasosiego y malestar y en ocasiones la pérdida temporal de relaciones entre la familia y el consumidor. En cuanto a las amistades, podemos decir que también se ven afectadas por este consumo, ya que provoca distanciamiento y pérdida de relaciones definitivas.

El consumo de drogas en los jóvenes aragoneses entrevistados comienza por diferentes motivos, pero el más generalizado según se desprende de los datos obtenidos, es porque en el grupo de amigos todos consumen y hay que seguir al grupo, por tanto aquí entran en juego factores sociales, como la

pertenencia a un grupo, la relación sentimental con otras personas, el abandono de deportes de equipo, la muerte de un ser querido, la disponibilidad de las drogas para poderlas conseguir y el dinero del que se disponga.

Según datos obtenidos de la muestra de padres del CMAPA, la familia es uno de los factores que más influye en este proceso tal y como han apuntado varios autores (Eseverri, 2004), pero a la vez también es una de las partes que más se puede ver afectada, cuando uno de sus miembros es consumidor de drogas (Dillon, 2010). Estas sustancias comienzan por cambiar el carácter y el humor de los consumidores, lo que provoca un cambio de comportamiento general frente a la familia, relaciones inexistentes debido a la falta de comunicación, añadido a la apatía y al nerviosismo por falta de consumo, provocando el deterioro progresivo de las relaciones entre los miembros de la unidad familiar en cuestión.

Por todo ello, es importante detectar a la mayor brevedad posible, si algún miembro de la unidad familiar está inmerso en el mundo de las drogas. Según las encuestas realizadas las familias tardan un promedio entre 4 a 6 meses y un año o más en darse cuenta de esta situación.

Según estas mismas encuestas, el 67% de los padres encuestados cree que es necesario, además de acudir con el usuario a algún recurso asistencial, integrarse en grupos de terapia familiar para que sean aconsejados y guiados. Es aquí donde tienen su labor todos los profesionales relacionados con el bienestar social, incluyendo a los y las trabajadores sociales, aconsejando y guiando a las familias en ese proceso de desintoxicación, que mejore tanto la salud física, como la salud social de las personas que por cualquier causa, estén inmersas en este mundo de consumo tan destructivo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- Campos, G. y Lule, N. E. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xhimai*, 7, 45-60.
- Del Valle. F.T. (2008). *Tipos de Familia*. Recuperado el día 7 de octubre de 2014 de <https://es.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-FAMILIAS>
- Dillon, P. (2010) *Adolescentes, alcohol y drogas: todo lo que sus hijos quieren y deben saber acerca de las drogas y el alcohol*. (G. Fors. Trad). Barcelona: Medici.
- Eseverri. C. (2004). *Educación para la Salud: drogodependencias*. Madrid: CCS.
- Fundación Acorde. (s.f.). *Relaciones con las drogas*. Recuperado el día 30 de septiembre de 2014 de <http://fundacionacorde.com/diferencia-entre-uso,-abuso-y-dependencia.html>
- Funes, J. (2009). *Adolescentes y drogas: el debate de los riesgos*. Madrid: FAD.
- Gutiérrez. A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Ediciones Académicas. Recuperado el día 2 de octubre de 2014 de <http://www.ediasa.es/files/capitulos/9788496062986.pdf>
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centro de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Recuperado el día 26 de septiembre de 2014 de http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/ProtocoloIntervSocial_2012.pdf
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana.

- Obra Social La Caixa (2008). *Hablemos de drogas*. Recuperado el día 1 de octubre de 2014 de http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/quesonlasdrogas_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1964). *Drogas toxicomanígenas*. Recuperado el día 3 de octubre de 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_273_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. 1-30. Recuperado el día 3 de octubre de 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_407_spa.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a). *Encuesta sobre uso de las drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012-2013*. Recuperado el día 13 de octubre de 2014 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b). *Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en Población General en España 2011/2012 (EDADES)*. Recuperado el día 13 de octubre de 2014 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- Murillos, F.J (s.f.). *Cuestionarios y escalas de actitudes*. Recuperado el día 17 de octubre de 2014 de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf
- Real Academia de la Lengua (1992). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 21 edición*. Madrid. Espasa Calpe.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18, 39-49.

9.2. Webgrafía

- ABC.es. (2012). *El estado ingresó casi 10.000 millones por impuestos del tabaco*. 2 de abril de 2012. Recuperado el día 2 de octubre de 2014, de

<http://www.abc.es/20110119/sociedad/abci-impuestos-tabaco-201101190130.html>

Centro de Solidaridad de Teruel. Recuperado el 15 de abril de 2014 de <http://www.centrodesolidaridaddeteruel.es/smartportal.php?zone=smartportalcategorias&action=view&contenttype=posts&codeID=114&categoryID=114>

Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. Recuperado el 15 de abril de 2014 de http://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=2407

Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón. (s.f.). *Recursos en Atención a Drogodependencias*. Recuperado el día 27 de septiembre de 2014 de http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/RECURSOS%20EN%20ATENCION%20A%20DROGODEPENDENCIAS.pdf

Infodrogas.org (2014). *Información y prevención sobre drogas*. Recuperado el día 6 de octubre de 2014 de <http://infodrogas.org/inf-drogas/>

La Vanguardia (n. d.). La ley antitabaco no reduce la recaudación por impuestos a los fumadores. 18 de Enero de 2011, Recuperado el día 8 de octubre de 2014 de <http://www.lavanguardia.com/economia/20110118/54103121836/la-ley-antitabaco-no-reduce-la-recaudacion-por-impuestos-a-los-fumadores.html>

Las-drogas.com (s.f.). *Definición de droga*. Recuperado el día 13 de octubre de 2014 de <http://las-drogas.com/definicion-de-drogas/>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud mental: Un estado de Bienestar*. Recuperado el día 1 de octubre de 2014 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Vivirmejor.org. (s.f.). *Que es la salud física*. Recuperado el día 21 de octubre de 2014 de <http://www.vivirmejor.org/que-es-salud-fisica>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los jóvenes entrevistados por edad y género.....	41
Tabla 2. Edad de inicio en el consumo.....	42
Tabla 3. Razones para el inicio en el consumo de drogas.....	43
Tabla 4. Cambios experimentados tras el consumo de drogas.....	44
Tabla 5. Cosas que serían capaces de hacer por consumir droga.....	45
Tabla 6. Pérdidas asociadas al consumo de drogas percibidas por los usuarios.....	46
Tabla 7. Daños asociados al consumo de drogas.....	47
Tabla 8. Tiempo que tardó la familia en darse cuenta del problema de adicción de su hijo.....	48
Tabla 9. Motivos por los que se dieron cuenta del consumo de drogas de sus hijos.....	49
Tabla 10. Comportamientos de sus hijos.....	49
Tabla 11. Causas del consumo de drogas de sus hijos.....	50
Tabla 12. Consecuencias del consumo de drogas en la familia.....	51
Tabla 13. ¿Qué hacer en esta situación?.....	52
Tabla 14. Necesidad de acudir a algún recurso.....	52

