



Trabajo Fin de Grado

Adicciones y familia: un estudio descriptivo en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de la ciudad de Zaragoza

Autora

Roxana Sarrablo Lascorz

Directora

Elena Fernández del Río

Grado en Trabajo Social

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2015

Agradecimientos

Desde que inicié el Grado en Trabajo Social me he interesado por los trabajos de investigación de algunos autores; investigaciones que recomendaban los profesores y conferenciantes o que leía en algún artículo, así como las que hemos realizado con los grupos de trabajo en el aula, iniciándonos poco a poco en el mundo de la investigación. Por ello, poder realizar una pequeña investigación propia y mostrar sus resultados era uno de mis objetivos a alcanzar desde el inicio del Grado.

No obstante, este trabajo no podría haber salido adelante sin el asesoramiento y la colaboración de varias personas. En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora de Trabajo Fin de Grado, la profesora Elena Fernández del Río, su dedicación, esfuerzo, compromiso y paciencia. Ha sido un gran apoyo en todo el proceso.

Quiero agradecer, también, la colaboración que me ha brindado en todo momento el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) de Zaragoza, por la disposición de todo su equipo de profesionales y por abrirme las puertas desde el principio. Gracias a mi tutora durante el periodo de prácticas y trabajadora social del centro, Silvia Sarasa, por su ayuda incondicional y su apoyo.

He de destacar que nada de esto hubiese sido posible sin la colaboración desinteresada del grupo de padres y madres que acuden cada jueves al CMAPA, quienes me han apoyado con su buena disposición, participación y entrega.

Finalmente, quiero agradecer la realización de este trabajo a todos los profesores y profesoras de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo que me han dado clase a lo largo del Grado, sin olvidar a mis compañeros y compañeras de estos años, por hacerme crecer tanto personal como académicamente.

La intervención en lo social se presenta como un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva explicativa, no solo de los problemas sociales, sino de las Instituciones en sí mismas.

Alfredo Juan Manuel Carballeda

INDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Las conductas adictivas: conceptualización	9
2.1.1. <i>Adicciones comportamentales</i>	10
2.1.2. <i>Adicciones a sustancias</i>	11
2.2. Situación actual del consumo de drogas.....	12
2.3. Marco legislativo y normativo relacionado con las actuaciones en drogodependencias en territorio español.....	15
2.4. Familia y drogodependencias	16
2.4.1. <i>Factores de riesgo e impacto del consumo de drogas en la familia</i>	18
2.5. Papel del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones	19
2.6. Recursos sociales relacionados con la realidad investigada.....	21
2.6.1. <i>Nivel ambulatorio</i>	21
2.4.2. <i>Tratamiento residencial</i>	22
2.6.3. <i>Nivel de intervención mínima</i>	22
3. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA: CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES (CMAPA)	23
4. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
4.1. Objetivos de la investigación	24
4.2. Población objeto de estudio.....	25
4.2.1. <i>Selección de la muestra de usuarios del CMAPA</i>	25
4.2.2. <i>Selección de la muestra de familiares de usuarios del CMAPA</i>	26
4.3. Ámbitos geográfico y temporal.....	26
4.4. Análisis estadístico	26
5. ANÁLISIS DE DATOS.....	29
5.1. Resultados obtenidos tras el análisis de los expedientes de usuarios del CMAPA.....	29

5.1.1. Características sociodemográficas	30
5.1.2. Características relacionadas con la adicción y la demanda de tratamiento	31
5.1.3. Características psicosociales	33
5.1.2. Análisis de los datos en función del año de demanda de tratamiento en el CMAPA	35
5.2. Análisis de la información obtenida en el grupo de discusión con los progenitores de usuarios del CMAPA.....	39
6. DISCUSIÓN	43
7. CONCLUSIONES	52
8. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL	53
8.1. Prevención comunitaria.....	54
8.2. Atención con dimensión comunitaria y elaboración de nuevos programas de inserción social	54
8.3. Coordinación	55
9. BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

1. INTRODUCCIÓN

Aunque las adicciones han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, tras las transformaciones que se dieron en España a partir de mediados de los años 70 y la introducción en el mercado de drogas nuevas (drogas de síntesis, anfetaminas, cannabis, heroína, entre otras sustancias), la sociedad española ha asistido en los últimos años a un aumento en la problemática asociada al consumo y, como consecuencia, a una mayor concienciación acerca de las medidas necesarias para hacer frente a esta situación. Por otro lado, nos encontramos en una sociedad capitalista inmersa en las nuevas tecnologías que funciona a ritmos muy acelerados, dando lugar a la aparición de nuevas conductas adictivas (trabajo, nuevas tecnologías, compras, juego *on line*, etc.)

Este Trabajo Fin de Grado es una investigación motivada por mi interés personal en el conocimiento de las conductas adictivas y sus repercusiones socio-familiares, siendo uno de los campos de intervención relevantes para el Trabajo Social. El objetivo primordial de este trabajo es profundizar tanto en el impacto que tiene la conducta adictiva en el ámbito familiar y social como en la evolución del perfil de los usuarios tratados en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) de la ciudad de Zaragoza.

El presente trabajo no abre un nuevo campo de investigación, sino que se fundamenta en investigaciones previas, llevadas a cabo por autores como McNeill (1999), instituciones y entidades, como el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2008), la Organización de los Estados Americanos (2006), el Observatorio Peruano de Drogas (2010) o la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2014), o trabajos académicos, como la tesis doctoral de López de Ayala (2007). Sin embargo, no son demasiados los estudios centrados directamente en conocer el impacto de la conducta adictiva, tanto a nivel social como familiar, desde el campo profesional del Trabajo Social. Más concretamente, este trabajo aporta datos descriptivos de los usuarios que han demandado tratamiento en el CMAPA en los últimos años, además de analizar, gracias a la información ofrecida por los progenitores de estos jóvenes, el impacto de la conducta adictiva tanto a nivel social como familiar.

El fin último de esta investigación es contribuir, desde nuestra disciplina, a mejorar la situación de los jóvenes con adicciones que acuden al CMAPA y la de sus progenitores. De este modo, se considera imprescindible la sensibilización de la comunidad con respecto al tema y enfatizar las líneas de actuación esenciales desde el Trabajo Social, así como plantear nuevas propuestas de intervención.

Este Trabajo Fin de Grado se encuadra dentro de la modalidad “Informe de una investigación social”. Tanto en el diseño de la investigación, como en la estructura del trabajo y el formato, se han seguido las indicaciones recogidas en la Normativa Propia de Trabajos Fin de Grado de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo (aprobada por Junta de Facultad el 14 de noviembre de 2014), en la Guía Docente del curso 2014-2015 de dicha asignatura y en las Orientaciones generales 2014/2015 disponibles en la página web de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Se trata pues, de una investigación de carácter mixto (cuantitativo y cualitativo), que ha constado de varias fases. En primer lugar, se concretaron los objetivos del trabajo, el diseño de la metodología y se realizó un rastreo bibliográfico exhaustivo para la fundamentación del marco teórico, además del diseño de los temas a tratar en el grupo de discusión con los padres. En segundo lugar, se recabó la información, previa autorización, de las fichas de acogida y las historias sociales de los usuarios del CMAPA, además de llevarse a cabo varias sesiones de observación y la ejecución del grupo de discusión de padres que acuden semanalmente al centro. La tercera fase de la investigación consistió en el análisis de los datos recabados de las 154 fichas de acogida e historias sociales de usuarios del CMAPA y el grupo de discusión con los padres. Los resultados obtenidos se compararon con los aportados por investigaciones anteriores. La última fase de la investigación ha consistido en la elaboración de varias líneas y propuestas de intervención desde el Trabajo Social, basadas tanto en los resultados obtenidos en el CMAPA como los obtenidos por trabajos previos llevados a cabo en otros recursos, de cara a mejorar el abordaje de la problemática objeto de estudio en este trabajo.

Por lo que respecta a la estructura del manuscrito, en primer lugar, se dedican varias páginas a la conceptualización de las conductas adictivas, a su situación en la actualidad y la repercusión que las drogodependencias tienen en el ámbito familiar, además de una breve presentación de la entidad de referencia en la investigación (CMAPA). Seguidamente, se describen los objetivos y la metodología de la investigación. A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de las fichas de acogida e historias sociales y el grupo de discusión con los progenitores y, se ponen en relación, en el apartado de Discusión, con lo aportado por la literatura previa. Finalmente, el trabajo concluye con un apartado en el que se plantean las conclusiones del mismo y se describen de forma breve varias líneas de intervención desde el Trabajo Social.

2. MARCO TEÓRICO

Hace más de 10.000 años que el ser humano consume alcohol, si bien en sus inicios el consumo se ligaba a cuestiones místico-religiosas. En esa línea, en la antigüedad se tomaban sustancias naturales para tranquilizar a las personas y, ya en el año 1500 a. C., se utilizaba el opio como analgésico y somnífero. El descubrimiento de Colón extendió el consumo de tabaco a Europa; a mediados del siglo XIX, se comercializó la morfina y, posteriormente, gracias a ésta, la heroína. El GHB¹ se utilizaba para sedar a pacientes antes de una operación y, durante siglos, los indios sudamericanos han mascado hojas de coca para enfrentarse a las duras jornadas de trabajo. En los años 70, se generalizó el consumo de cannabis, convirtiéndose en un elemento importante en el ambiente juvenil. En la actualidad, se consume *speed* en las discotecas, se utilizan sustancias en vapor, medicamentos de farmacia para aliviar o generar sensaciones, se consume éxtasis y anestésicos disociativos como la ketamina. Se consume sexo, comida, juegos de azahar, internet, se vive para trabajar... (Becoña y Cortés, 2011).

Es evidente, por tanto, que el tema de las adicciones ha ido ligado a la historia del ser humano y a día de hoy está presente a nivel mundial. No obstante, en la actualidad, la sociedad está sometida a numerosas y rápidas transformaciones, apareciendo nuevas sustancias y nuevas conductas vinculadas a esta problemática. Es por todo esto, y por la actualidad del tema de las adicciones, por lo que se considera necesario conceptualizarlas, profundizar sobre su situación actual y conocer las repercusiones que tienen tanto en la familia como en la sociedad.

2.1. Las conductas adictivas: conceptualización

De acuerdo con el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la dependencia de una sustancia se caracteriza por un conjunto de desórdenes cognitivos, conductuales y psicológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas derivados de ese consumo. Según la American Psychiatric Association (2013), para que exista una dependencia se deben dar al menos tres o más de los siguientes síntomas: el primer aspecto a destacar de toda conducta adictiva es la compulsión o la pérdida de control; otro de los aspectos es la abstinencia a la que da lugar la no realización de la conducta adictiva; y, el tercer aspecto a destacar es el de la tolerancia, proceso por el cual la persona que consume una sustancia necesita incrementar la dosis para lograr los efectos del inicio. En las adicciones, por lo general, la tolerancia cada vez es mayor, de modo que la persona necesita incrementar la frecuencia y la cantidad en la ingesta de la sustancia. En el caso de las adicciones comportamentales, se sustituye la sustancia por la conducta (American Psychiatric Association, 2013).

¹ Éxtasis líquido (sustancia depresora del Sistema Nervioso Central).

Se ha ido observando que no todas las conductas capaces de generar una dependencia son producidas necesariamente por alguna sustancia como, por ejemplo, el trastorno del juego. Por ello, aunque algunas de las adicciones son derivadas del consumo de algún tipo de sustancia, existen otras en las que predomina el factor comportamental (Becoña y Cortés, 2011).

La adicción es considerada una enfermedad que afecta directamente a la estructura y el funcionamiento cerebral (National Institute on Drug Abuse, 2014). Además, se considera un trastorno bio-psico-social, que supone un proceso en el que inciden diversos factores (Brizuela del Moral, Fernández y Murillo, 2009).

2.1.1. Adicciones comportamentales

Entre las adicciones comportamentales, destacan: el trastorno del juego, el sexo compulsivo, el comer compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas o la adicción a las nuevas tecnologías, entre otros. No obstante, cabe destacar el trastorno del juego porque es la única adicción sin sustancia cuyo diagnóstico es reconocido por el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La adicción al juego en España se relaciona principalmente con la falta de control ante las máquinas tragaperras (por su fácil acceso, inversiones pequeñas con ganancias relativamente grandes, inmediatez del resultado y sus estímulos visuales y sonoros) (Becoña y Cortés, 2011). El DSM-V incluye, dentro de este trastorno, la adicción a los videojuegos. Es importante mencionar que el DSM-V señala que los síntomas y la activación del sistema nervioso que se producen en quienes sufren adicción al juego, son muy similares a los que sufren quienes presentan una adicción a una sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

En el proceso del trastorno del juego, la persona comienza a jugar ocasionalmente y las pérdidas no son abundantes. Esto da lugar a un refuerzo positivo a la hora de jugar, por lo que, de manera progresiva, la conducta dedicada al juego aumenta, mientras el tiempo y las ganancias disminuyen. En ocasiones, acompañan a esta conducta ciertas características a nivel cognitivo (atribución interna de ganancias pero externa de pérdidas, ilusión de control sobre el azar, etc.). También es habitual el consumo de drogas, así como patologías depresivas y trastornos psicosomáticos. Al igual que las adicciones a sustancias, el trastorno del juego puede dar lugar a importantes problemas a nivel legal, social, laboral y familiar (Becoña y Cortés, 2011).

De acuerdo con Becoña y Cortés (2011), se debe mencionar que, en algunos países como Estados Unidos, cada vez tiene una mayor relevancia la adicción al sexo, tema que genera una gran controversia porque, en ocasiones, es considerada como una adicción y, en otras, como un trastorno de conducta. Por su parte, la adicción al trabajo (trabajo de 12 o 14 horas a la semana durante 6 o 7

días) está en auge, pudiendo ser una consecuencia de una sociedad industrializada y capitalista, así como las compras compulsivas.

Otra de las nuevas adicciones son las asociadas a las nuevas tecnologías (televisión, ordenador, teléfono móvil, videojuegos, internet, etc.), propias de los países industrializados. Estas pueden dar lugar a un abandono de otras actividades, principalmente, en el periodo de la adolescencia. En el caso de las nuevas tecnologías se trata de un fenómeno que va adquiriendo cada vez una mayor relevancia en el campo de las adicciones (Becoña y Cortés, 2011).

2.1.2. Adicciones a sustancias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Villalba, Grande y Vílchez, 2010) define una droga como “toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingesta, fricción, administración parental, endovenosa), produce alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia”.

Entre las adicciones químicas, se encuentra la adicción al alcohol, a la nicotina, y a las drogas ilegales, como la heroína, la cocaína, la marihuana, las drogas de diseño, etc.

Cuando se habla de adicciones químicas o adicciones a sustancias, es importante aludir a los términos uso, abuso y dependencia. El uso hace referencia al consumo de sustancias que no da lugar a consecuencias negativas, ya que normalmente se trata de un consumo de drogas esporádico. El abuso aparece cuando hay un uso habitual de la sustancia aunque aparezcan consecuencias negativas generadas por el consumo. La dependencia (tanto física como psíquica) es producida tanto por un abuso muy continuado como por un abuso intermitente, de tal manera que, a pesar de las consecuencias negativas importantes, la principal prioridad es el deseo por consumir (Becoña y Cortés, 2011). Hay que destacar que el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) hace una nueva clasificación, pues ya no diferencia entre uso, abuso y dependencia a las sustancias, sino que diferencia entre niveles de gravedad de la adicción (leve, moderado o severo).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Villalba, Grande y Vílchez, 2010), clasificó las drogas que pueden dar lugar a dependencia en función de sus efectos: estimulantes, depresores y alucinógenos (ver tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las drogas según la OMS.

	Efectos	Sustancias
Estimulantes	Alteran el estado mental, estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. Aumentan la actividad funcional y la forma de administración es variada (intravenosa, oral, fumada o esnifada).	- Anfetaminas - Cocaína - Éxtasis - Metilxatinas (cafeína, teofilina, mateína y otros)
Depresoras	Inducen el sueño y son sustancias depresoras del sistema nervioso central, disminuyen o deprimen la actividad corporal. La forma de administración es variada (intravenosa, oral, fumada o esnifada).	- Tranquilizantes (benzodiacepinas) - Hipnóticos (barbitúricos y alcoholes) - Los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros) - Anestésicos (éter, cloroformo y otros) - Disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros)
Alucinógenas	Provocan una alienación pasajera de la actividad psíquica, distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. También delirios, alucinaciones, así como estados de confusión y despersonalización.	- LSD (dietilamida del ácido lisérgico) - Peyote - Mezcalina - PCP - Cannabis (hachís, aceite de hash y marihuana)

Fuente: elaboración propia

2.2. Situación actual del consumo de drogas

De acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), el consumo de drogas es un problema socio-sanitario que no sólo afecta a España, sino a toda la comunidad internacional.

El Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014), hace referencia a cómo el consumo de drogas se ha incrementado a la par que la población mundial, a pesar de que, en cada región, los patrones de consumo varían. En el año 2012, se calcula que fueron entre 162 y 324 millones de personas las que consumieron al menos una vez una droga ilícita. El consumo de drogas abusivo, que acarrea un uso problemático, se encuentra entre los 16 y los 39 millones de personas a escala mundial; de estos, solamente uno de cada seis consumidores acceden a tratamiento.

De acuerdo al Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014), el consumo de cannabis va en aumento y, cada vez, son más los problemas

generados por la ingesta de esta sustancia. El aumento de este consumo se evidencia principalmente en América, Oceanía y Europa.

Datos proporcionados por la Comisión de Estupefacientes (Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, 2013), muestran como el cannabis es la sustancia ilícita más consumida en todo el mundo entre personas de 15 a 64 años de edad. La mayor prevalencia en el año 2012 se dio en África occidental y central (12,4% del total de la población), seguidos de Oceanía (10,9%), América del Norte (10,8%) y Europa occidental y central (6,9%). Las segundas sustancias más consumidas son aquellas de tipo anfetamínico, donde la mayor prevalencia se da en Oceanía (2,1%) y América del Norte (1,3%).

En Europa, los patrones de consumo se han visto afectados por la crisis financiera. Varios informes han apuntado que las nuevas pautas de consumo han dado lugar en ocasiones a un mayor riesgo y, sin embargo, aparece una disminución de servicios dirigidos a los daños producidos por estas sustancias (menor seguridad y más posibilidades de transmisión de enfermedades como VIH y hepatitis C). Los datos recogidos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014), exponen cómo no solo se están dando importantes cambios en el consumo de drogas en Europa, sino que lo hacen cada vez a un mayor ritmo. De acuerdo al último informe publicado, se está cambiando el consumo de ciertas drogas como la heroína, por otras que cada vez están adquiriendo mayor importancia, como: el cannabis, los estimulantes, las drogas sintéticas y los medicamentos.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014) muestra cómo, a nivel europeo, el cannabis es consumido mayoritariamente por adultos (15-64 años), mientras que sustancias como la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis o los inhalantes, son drogas consumidas principalmente por el sector de los más jóvenes (15-34 años). En cuanto a la prevalencia de consumo de sustancias, a nivel general, se estima que España, Francia, algunas partes de Italia y República Checa tienen la mayor prevalencia europea (entre el 8% y 10% de la población consume alguna sustancia).²

En España, tras analizar los resultados de la última encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), que muestra la prevalencia de consumo en estudiantes de Secundaria de entre 14 y 18 años, se evidencia que, en los últimos 12 meses, el 83,9% de los encuestados ha consumido alcohol, el 43,8% tabaco y el 33,6% cannabis. Con cifras más bajas le siguen el consumo de cocaína (3,6%), éxtasis (3,0%) y anfetaminas (2,4%). En los últimos 12 meses,

² <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevalence-maps>

es mayoritario el consumo por parte de los hombres, excepto en el tabaco, en el que la prevalencia del consumo es mayor en las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En cuanto a los datos obtenidos en la última encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), llevada a cabo en individuos de la población general con edades comprendidas entre 15 y 64 años, la mayor prevalencia del consumo en los últimos 12 meses se encuentra en el alcohol (78,3%), seguido del tabaco (40,7%) y los hipnosedantes (12,2%). En cuanto a la edad media del inicio en el consumo, esta se sitúa en los 16,5 años para el tabaco, seguido de las bebidas alcohólicas que es de 16,7 años. Si se hace un análisis de la evolución temporal, desde 1995 hasta el año 2013, se evidencia como la edad de inicio del consumo es más tardía en la actualidad, exceptuando en la ingesta de tranquilizantes y de sedantes sin receta (la edad media de inicio ha ido disminuyendo). Por otro lado, los datos indican que España se encuentra el mayor consumo joven de Europa de cocaína (el 3,6% de los jóvenes españoles de entre 15 y 34 años afirma haberla consumido en el último año, duplicando la media europea) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Con respecto a las diferencias por sexo, la prevalencia del consumo es mayor en hombres que en mujeres (tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/*speed*, cocaína, heroína), excepto en los tranquilizantes en los que el consumo es superior en población femenina. En cuanto a la edad, los consumos más altos se encuentran entre los individuos de entre 15 y 34 años de edad, excepto en el consumo de tranquilizantes donde destacan los individuos de 35 a 64 años (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

De acuerdo a los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), desde el año 2005 hasta el 2011, disminuyó el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas y cocaína tanto en hombres como en mujeres en España, aumentando en ambos casos el consumo de tranquilizantes y de somníferos especialmente en las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2015).³ En Aragón, se detecta el mayor consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre los jóvenes de 14 y 18 años (66,9%), seguido del consumo de tabaco (46,2%), y el de cannabis (31,5%). En últimas posiciones, se encuentra el consumo de anfetaminas (4,1%) y el consumo de heroína (0,4%) (Gobierno de Aragón, 2010).

³ <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

2.3. Marco legislativo y normativo relacionado con las actuaciones en drogodependencias en territorio español

La legislación española sobre drogas es muy amplia. No obstante, no lo es tanto en cuanto a materia de prevención y atención se refiere. Con el fin de revisar el panorama nacional sobre la legislación que repercute en las actuaciones preventivas y de tratamiento que se llevan a cabo tanto a nivel nacional como autonómico, se considera imprescindible mencionar algunas normativas y planes aplicados en el territorio español.

En primer lugar, cabe destacar la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de abril, en su artículo número 6 (Boletín Oficial del Estado, 2014), ya que recoge lo expresado en el artículo 43 de la Constitución española de 1978, dirigido principalmente a la actuación de las Administraciones Públicas Sanitarias (Boletín Oficial del Estado, 2011).

A este nivel, es imprescindible mencionar la aparición del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) en 1985 que nació debido a la necesidad de dar una respuesta a la problemática del consumo de sustancias nocivas para la salud, y ante la necesidad de información para la ciudadanía en nuestro país. Su función principal es coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo en España en materias de drogas desde las diferentes administraciones y entidades. El Plan tiene la función de desarrollar políticas específicas de prevención en drogodependencias (principalmente comunitarias), promover la integración social de los usuarios drogodependientes, elaborar medidas de limitación de venta y disponibilidad principalmente de drogas legales, así como inspeccionar y colaborar con dispositivos de policía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015c).

En cuanto al nivel autonómico, hay que destacar que, en España, las competencias en materia de asistencia sanitaria y servicios sociales están transferidas a las Comunidades Autónomas, por lo que son enormemente variables. En la actualidad, las 17 Comunidades Autónomas tienen elaborado un Plan Autonómico sobre Drogas (PAD). En el caso de Aragón, en estos momentos se encuentra vigente el “II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010-2016” (Gobierno de Aragón, 2010), perteneciente al Departamento de Sanidad y Consumo. Este propone tres líneas de actuación generales: información y formación, prevención y detección precoz y circuitos de atención.

En Aragón, debemos mencionar como legislación más relevante en relación al ámbito de las drogodependencias:

- La Orden, de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se establece la normativa para obtener la autorización administrativa para la apertura, ampliación, modificación, traslado o cierre, así como la acreditación de centros residenciales para la rehabilitación y reinserción social de toxicómanos.

- La Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias, con el fin que se realice una adecuada coordinación entre las diferentes entidades e instituciones que se encuentran dentro de la actuación con drogodependencias, así como regular las acciones dirigidas a la prevención, asistencia y reinserción social de las personas drogodependientes además de la formación e investigación en este mismo campo (Boletín Oficial del Estado, 2001).
- La Orden, de 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la acción concertada en materia de prestación de sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados como proveedores ajenos al sistema de salud de Aragón.
- La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, en la cual aparecen los Servicios Sociales Especializados en el artículo 16 y dentro de los cuales se enmarca la labor del trabajo social en el ámbito de las drogodependencias (Boletín Oficial del Estado, 2009).

2.4. Familia y drogodependencias

Desde una perspectiva sistémica, la familia es una complejidad organizada y compuesta por varios subsistemas que interactúan mutuamente (Escartín, 1992). Ackerman (citado en Escartín, 1992) la define como “una unidad básica de salud y enfermedad”. El sistema familiar es más que la suma de las partes de cada miembro de la familia, de esta manera, el conjunto se ve afectado por cada unidad del sistema, en otras palabras, lo que le ocurre a uno de sus miembros tiene sus repercusiones en el resto y viceversa (Escartín, 1992). Por todo esto, el ambiente familiar es imprescindible para la situación posterior psicológica y social de los hijos (Secades, Fernández, García y Al-Halabi, 2011).

De acuerdo con Escartín (1992), la familia como sistema se caracteriza por su:

- Totalidad: porque son un conjunto de individuos, por lo tanto, partes que se relacionan e interaccionan entre sí.
- Circularidad: esto significa que los comportamientos no son causa-efecto, sino que se caracterizan por su circularidad (cada comportamiento afecta a la respuesta del resto).
- Homeostasis: la familia tiende a la estabilidad o ausencia de cambio.
- Capacidad de transformación: característica relacionada con el tiempo y con el modo en el que se desarrolla el sistema familiar.
- Equilibrio dinámico: el cual responde al dilema de la familia como estabilidad o cambio.

Se considera un sistema familiar sano a aquel en el que existen mecanismos de control que permiten lograr las metas de sus miembros de una manera democrática. El conflicto puede surgir en el sistema familiar, no obstante es determinante el modo en el que se resuelve. Finalmente, el principal objetivo de la familia es la socialización de sus miembros, siendo importante el desarrollo personal de cada uno de estos (Escartín, 1992).

La familia desempeña un papel fundamental en los individuos, por lo que es importante tener en cuenta que las relaciones de apego con los padres desde el nacimiento son condicionantes para el futuro. En este sentido, Leveridge, Stoltenberg y Beeslet (2005; citado en Becoña y Cortés, 2011) hacen referencia a diferentes estilos de apego:

- Apego evitativo: se asocia a una personalidad de características más defensivas y con tendencia al aislamiento social.
- Apego ansioso: se identifica con individuos que muestran una mayor tendencia a la ansiedad y a la depresión.
- Apego seguro: favorece la posibilidad de lograr la identidad personal.
- Apego inseguro: se asocia a una mayor difusión de la identidad del individuo.

Algunos autores, como Becoña y Cortés (2011), muestran que existe relación entre el tipo de crianza y el inicio del consumo de drogas en la adolescencia. Destacan cuatro tipos (ver tabla 2):

Tabla 2. Tipos de estilos de crianza.

Autoritario	Democrático
Caracterizado por alto control y baja calidez.	Caracterizado por alto control y alta calidez.
Permisivo	Indiferente
Caracterizado por bajo control y elevada calidez.	Caracterizado por bajo control y baja calidez.

Fuente: elaboración propia

Sin embargo, no existe una fórmula universal que indique cuál es el estilo de crianza idílico ya que son muchos los factores que repercuten en el comportamiento de las personas, como la cultura, el entorno, el tipo de familia, etc. (Dishion, 1998; citado en Secades et al., 2011).

2.4.1. Factores de riesgo e impacto del consumo de drogas en la familia

De acuerdo con Secades et al. (2001, p. 14), se consideran factores de riesgo para el consumo de drogas “todas aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento de uso o abuso de drogas. Mientras que los factores de protección son aquellas variables que modulan o limitan el consumo de drogas”.

El National Institute on Drug Abuse (2014) señala, entre los principales factores de riesgo para el abuso de drogas, los siguientes:

- El ambiente familiar inadecuado en el que los padres abusan de alguna sustancia o tienen enfermedades mentales.
- Paternidad ineficaz, principalmente en casos de niños complicados y con desórdenes de conducta.
- Falta de enlaces mutuos y de cariño a lo largo de la crianza.
- Comportamientos de timidez y agresividad.
- Fracaso escolar.
- Dificultad en las relaciones sociales.
- Afiliación con pares con conductas desviadas.
- Sensación de aprobación del uso de drogas en el ámbito escolar y social.

En un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; citado en Secades, Fernández y Villacampa, 2001), en una muestra de 1570 adolescentes españoles, se encontró que las conductas antisociales, la autoestima, la desinhibición, el consumo de drogas de los pares y la existencia de conflictos entre los adolescentes y los padres, eran las variables que se relacionaban con un mayor riesgo de abuso de sustancias.

Son varios los autores que asocian al consumo de drogas a un bajo rendimiento escolar, mayor absentismo escolar y a actitudes negativas hacia el contexto académico. Por otro lado, el poder adquisitivo y el ocio en bares y discotecas también correlacionan positivamente con un mayor uso de sustancias. A eso hay que añadir que, especialmente entre la población española, el consumo de alcohol está muy aceptado a nivel social, siendo en muchas ocasiones una vía de integración con el grupo de pares (Laespada, Iraurgi y Aróstegui, 2004). De acuerdo a Vielva (2001; citado en Laespada et al., 2004), existe una evidencia sólida respecto a la influencia de las variables control, disciplina o estilo parental en la aparición de estas conductas. Finalmente, cabe destacar que, en ocasiones, la

ausencia de uno de los progenitores también se relaciona con un mayor riesgo de características antisociales, así como de consumo de sustancias (Becoña y Cortés, 2011).

Cuando uno o más miembros de la familia presentan una adicción, la dinámica familiar, las relaciones, la comunicación, la forma de comportarse de los miembros, las normas, etc., varían y se hacen disfuncionales, pudiendo dar lugar a cierta codependencia (conjunto de conductas que promueven la adicción; entre ellas, están la falta de límites, la obsesión, conductas de rescate, control, deseo de cambiar a la persona adicta, etc.).

Según esto, la familia de una persona con problemas de adicción suele presentar algunas alteraciones, como la distorsión de los sentimientos, manipulaciones por parte del adicto, sobreprotección por parte del resto de familiares, angustia, rabia, temor y la mencionada codependencia, entre otros. Por todo ello, se puede afirmar que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, acarrea importantes disfunciones en el ámbito familiar, pero también en el social (Fundación Manantiales, 2015).

2.5. Papel del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones

En 1978, la Organización Mundial de la Salud modificó el concepto de salud, pasando de ser simplemente la “ausencia de enfermedad”, a ser un “estado de bienestar físico, psíquico y social”. Este hito en la historia hace que aparezcan nuevas formas de intervención, siendo necesaria la intervención social en el ámbito de la salud. Es en este contexto, donde cobra relevancia la disciplina del Trabajo Social (OMS, 1978; citado en Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2012).

Las aportaciones desde el Trabajo Social son clave en el área de las drogodependencias, ya que el papel de los profesionales incluye la intervención directa con los afectados, con las familias, y con toda la sociedad, facilitando su aceptación y ofreciendo los apoyos, la orientación y los recursos necesarios para hacerle frente (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2012).

De acuerdo con Gutiérrez (2007), el hecho de que se haya reconocido la drogodependencia como un fenómeno multidimensional, ha dado lugar a que en la intervención en drogodependencias se reconozca la importancia de la esfera social. Las políticas de lucha contra las drogas que se han ido elaborando, tanto por los estados miembros como por las instituciones comunitarias, dan una gran importancia a los servicios sociales, educativos y sanitarios, además de las diferentes organizaciones sociales que luchan a favor de la reducción de daños y en contra de la exclusión social.

Según la definición elaborada en el año 2000 por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), el Trabajo Social se define como “la profesión que promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y

los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social” (recogida en Gutiérrez, 2007, p. 183).

En el ámbito de las drogodependencias, la labor del Trabajo Social se enmarca principalmente dentro de las adicciones de sustancias, desarrollándose en un marco socio-sanitario. Es decir, la actividad social y sanitaria se complementan para dar lugar a una adecuada intervención (Gutiérrez, 2007).

No obstante, cabe destacar que no existe un marco normativo que regule la actuación y el rol del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias, por lo que no hay una metodología formal sobre la intervención que se debe llevar a cabo una vez integrados los profesionales en el equipo multidisciplinar. También es importante mencionar, como indica Gutiérrez (2007), que hay cierto desconocimiento por parte de otros profesionales de la labor de los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias, así como de reciclaje en la formación de dichos profesionales. Teniendo en cuenta estos aspectos, Gutiérrez (2007) define el Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias como la “forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial” (p.184) .

Gutiérrez (2007) destaca ciertos aspectos fundamentales con respecto al Trabajo Social en este ámbito:

- La persona usuaria y los problemas asociados al consumo de drogas se comprenden a través de un modelo ecológico-sistémico, es decir, cada momento se ubica en el momento en el que se interviene. La comunidad y el individuo son imprescindibles en el proceso como agentes activos.
- El principal objetivo es mejorar la situación de partida, siendo el individuo el motor de cambio para proporcionar calidad de vida, promover el cambio social y despertar una conciencia crítica en los usuarios.
- El Trabajo Social en drogodependencias es una labor interdisciplinar en la que interactúan diferentes profesionales.
- El estilo de intervención es proactivo y flexible, se adaptan a la persona y su situación.
- El ejercicio de la profesión tiene un alcance preventivo, promocional, asistencial y rehabilitador.

- El rol del trabajador social no debe ser ajeno a los cambios que se están produciendo en los patrones de consumo y los nuevos perfiles de personas con drogodependencias. El rol del profesional también debe dar respuesta a las nuevas realidades del Sistema de Bienestar, los nuevos planteamientos que se establecen en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, así como a las condiciones laborales del momento (Gutiérrez, 2007).

El *Libro Blanco dentro de los Servicios Sociales Especializados* (2005) señala que, en el ámbito de las drogodependencias, la labor del trabajador social se orienta a la atención (información, prevención, diagnóstico y tratamiento), comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación y de reinserción social y laboral. La mayor parte de la bibliografía elaborada hasta ahora, muestra el rol que realiza el trabajador social en drogodependencias. Las áreas en las que interviene el trabajador social en dicho ámbito son: área familiar, área laboral, área educativa, área relacional y de ocio y tiempo libre y área jurídico-legal.

De acuerdo con Gutiérrez (2007), el Trabajo Social en drogodependencias interviene tanto de manera directa, donde la relación entre el usuario y su familia y el profesional es imprescindible, como de manera indirecta, pues incluye actividades de estudio, análisis, planificación, investigación, sistematización, docencia, evaluación, etc. Siempre teniendo en cuenta que, en la actualidad, problemáticas como las adicciones se caracterizan por estar en constante cambio, por lo que es importante pensar en nuevas formas de intervención.

2.6. Recursos sociales relacionados con la realidad investigada

Una de las principales características y peculiaridades de los individuos con adicciones a las drogas es la diversidad en cuanto a aquellas situaciones que les han llevado a consumir y las consecuencias que dicho consumo ha tenido en sus vidas. Por ello, los tratamientos y los diferentes recursos tienen que estar adaptados para poder dar una respuesta a cada una de estas situaciones (Becoña y Cortés, 2011).

En este sentido, son tres los niveles dirigidos a la atención sanitaria y al tratamiento de la población drogodependiente: tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima. También hay otros recursos como Atención Primaria, Salud Mental, etc. (Becoña y Cortés, 2011).

2.6.1. Nivel ambulatorio

Son el primer nivel de atención y no requiere internamiento. A este nivel pertenecen (Becoña y Cortés, 2011):

- Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD): son esenciales en el tratamiento de las toxicomanías en gran parte de las Comunidades Autónomas. Desde este tipo de recurso, se establece el programa que mejor se adecue a los usuarios, tanto a nivel personal como social, a través de la intervención de los diferentes profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, educadores, auxiliares de enfermería y, en ocasiones, farmacéuticos o maestros). La denominación de estos centros varía en función de la Comunidad Autónoma.
- Recursos móviles de dispensación de metadona: son vehículos que facilitan la metadona a personas drogodependientes que se encuentran en tratamiento, siempre de forma justificada y bajo supervisión profesional. La diferencia de este recurso con los de intervención mínima es que los usuarios de éstos últimos no están en tratamiento.

2.4.2. Tratamiento residencial

En este nivel se encuentran los centros residenciales dirigidos al tratamiento de las drogodependencias (Becoña y Cortés, 2011):

- Unidades de Desintoxicación Hospitalarias: se trata de dispositivos asistenciales sanitarios que se encuentran dentro de los hospitales. Generalmente están en el área de Salud Mental o Psiquiatría (también pueden estar en Medicina Interna). En ellos, se realizan desintoxicaciones de manera voluntaria y programada.
- Comunidades Terapéuticas (CT): son centros residenciales para la deshabituación, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de drogodependencias. Esta forma de tratamiento está dirigida principalmente a personas que tienen serias dificultades de lograr el éxito de la deshabituación en su medio habitual. También hay CT para menores y para mujeres con hijos.
- Pisos como dispositivos residenciales y de convivencia: permiten llevar unas rutinas más normalizadas, con menor aislamiento, debido a su régimen abierto. Estos pisos son supervisados por profesionales del equipo técnico. Existen pisos para desintoxicación, pisos de diferente exigencia en función de la fase en la que se encuentra el usuario, pisos especializados en dependencia de la cocaína o pisos especializados en patología dual.

2.6.3. Nivel de intervención mínima

En este nivel, el principal objetivo de los recursos es reducir al mínimo los efectos negativos del consumo de drogas (Becoña y Cortés, 2011). Aquí se encuentran los centros de emergencia para

cubrir las necesidades básicas de las personas drogodependientes que están en la calle. También están en este nivel las denominadas “narcosalas”, ubicadas cerca de los núcleos donde se consume y dirigidas a aquellas personas que no acuden a los centros asistenciales (Becoña y Cortés, 2011). Además, hay que mencionar los recursos móviles de atención en núcleos de consumo, que son vehículos a los que pueden dirigirse aquellas personas drogodependientes que no tienen contacto con ningún otro tipo de recursos.

Por último, en cuanto a algunos recursos de apoyo, cabe destacar los socioeducativos, donde se enmarcan los Centros de Día, los cuales permiten fomentar el aprendizaje y la utilización del ocio y tiempo libre. Por otro lado, también hay recursos jurídicos (asesoramiento a personas con causas judiciales y a sus familias) y recursos de apoyo a la reinserción laboral y social como son los Centros de Inserción Social (CIS) (Becoña y Cortés, 2011).

3. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA: CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES (CMAPA)

El Ayuntamiento de Zaragoza comienza sus actuaciones en el ámbito de la drogadicción a finales de 1983 como consecuencia del aumento de la demanda que se estaba produciendo en Aragón. En este ámbito de actuación se venía trabajando desde el Centro Municipal de Promoción de la Salud de la ciudad de Zaragoza. En 1986, a través de un convenio entre la Diputación General de Aragón (DGA), la Diputación Provincial de Zaragoza (DPZ) y el Ayuntamiento de Zaragoza, nace el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

En 1987, se aprueba la Ley de Ordenación de la Acción Social en Aragón, con el objetivo de establecer un sistema integrado de atenciones sociales, bajo responsabilidad pública y de carácter descentralizado. Su fin era mejorar la calidad de la atención social y hacer partícipe de este objetivo a la propia ciudadanía (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

En el año 2000, se estructura el equipo de prevención, y en el año 2001 se aprueba la Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de drogodependencias (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

Hasta ese momento, todo lo destinado a la Prevención y Atención Municipal (ciudad de Zaragoza) de drogodependencias iba por separado. Sin embargo, en mayo del año 2004, se crea una sección conjunta de atención y prevención, dando lugar al Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA), caracterizado por la dotación de los diferentes recursos, tanto técnicos como

económicos, humanos y materiales para el abordaje de las drogodependencias (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

El CMAPA forma parte de los Servicios Sociales de la Conserjería de Acción Social y Deportes. Se trata de un centro municipal, público y gratuito constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales socio-sanitarios (enfermeras, médicos, psicólogos, psiquiatra, trabajadora social y educadoras).

En el CMAPA se trabajan dos grandes áreas: *Atención a las adicciones*, desde la que se atiende de manera personalizada y estrictamente confidencial a las personas que solicitan tratamiento por problemas relacionados con las adicciones; y *Prevención de las adicciones*, desde donde se realizan programas preventivos y actividades específicas. Los programas preventivos se desarrollan en el ámbito educativo, comunitario y laboral, así como la formación a diversos colectivos (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

En este recurso, se abordan todo tipo de adicciones, incluidas las adicciones sin drogas, como el juego patológico (trastorno del juego). Hay que destacar que, desde el centro, se actúa sobre todas aquellas personas que presentan algún tipo de adicción, sectores vulnerables ante estas situaciones, así como sobre aquellas personas que han sido sancionadas por posesión o consumo de sustancias ilegales. Concretamente, en el año 2013 se realizaron 454 inicios de tratamiento, de estos, el 25,1% correspondían a alcohol y el 22,7% a tabaco. Entre las drogas ilegales, destaca el consumo de cannabis (23,8%) y de cocaína (7,7%). El juego patológico supuso en 2013 el 16,9% de los inicios de tratamiento (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

La prevención y actuación desde el CMAPA se lleva a cabo en la ciudad de Zaragoza; no obstante, se trata de un servicio dirigido a toda la población, independientemente del sexo, edad, procedencia, lugar de residencia, etc. Solamente es necesario que la persona presente algún tipo de adicción, se encuentre en situación de riesgo, sea familiar o persona cercana a un usuario o tenga algún tipo de sanción, bien sea por la vía administrativa o por la vía penal (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, 2013).

4. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivos de la investigación

El presente trabajo de investigación tiene como *objetivo general* analizar la evolución de la conducta adictiva, así como su impacto en el ámbito socio-familiar de los usuarios del Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de la ciudad de Zaragoza.

Asimismo, se plantean como *objetivos específicos*:

- a. Analizar la evolución del perfil de los usuarios con alguna adicción (entre 15 y 34 años de edad), tratados en el CMAPA en los últimos 6 años.
- b. Describir los cambios que el consumo de drogas ha provocado en el sistema familiar y en la esfera social de los individuos usuarios del CMAPA (funcionamiento familiar, relaciones sociales, estudios, empleo, etc.).
- c. Elaborar una propuesta de líneas de intervención que se adecue a la población objeto de estudio y contribuya a mejorar la asistencia a estos individuos desde la disciplina del Trabajo Social.

4.2. Población objeto de estudio

4.2.1. Selección de la muestra de usuarios del CMAPA

Esta primera parte de la investigación se ha llevado a cabo tomando como referencia la población usuaria de entre 15 y 34 años del Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) de la ciudad de Zaragoza desde el año 2009 hasta el 2014 (mes de octubre) ($N = 154$). Todos ellos habían demandado tratamiento en el centro por causa de alguna adicción, tanto a sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, heroína) como a no-sustancias (juego patológico, compras).

Dado el tamaño poblacional ($N = 1542$ usuarios), y por razones de coste y tiempo, se decidió llevar a cabo un muestreo aleatorio estratificado por año, seleccionando el 10% del total de usuarios del CMAPA en el periodo temporal indicado (ver tabla 3). Para ello, se utilizó la opción ofrecida por el programa estadístico SPSS “Muestra aleatoria de casos” que permite seleccionar una muestra aleatoria fijando el tamaño de la misma, como un porcentaje del total o como un número exacto de casos. La muestra seleccionada estuvo formada, finalmente, por 154 usuarios, con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años.

Tabla 3. Distribución de la población y la muestra objeto de estudio.

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Población	179	231	283	283	309	257	1542
Muestra	18	23	28	28	31	26	154

Los datos fueron facilitados por el CMAPA con la autorización expresa de la directora y de los profesionales, garantizando, en todo momento, la confidencialidad de los mismos. Los datos han sido extraídos a través del programa PICA que utiliza el centro (asignación de número de historia, por orden de acceso al centro, y posterior almacenamiento).

4.2.2. Selección de la muestra de familiares de usuarios del CMAPA

La segunda parte de la investigación consistió en la realización de un grupo de discusión con padres de jóvenes usuarios del CMAPA. En este caso, se trató de un muestreo intencional porque participaron todos los progenitores que estaban acudiendo en ese momento al grupo de terapia de padres. En concreto, participaron 11 progenitores, tanto hombres como mujeres, de entre 40 y 70 años.

El procedimiento seguido en este caso fue el siguiente: en primer lugar, se contactó con el grupo de familiares, exponiendo el objetivo del estudio y solicitando su colaboración; a continuación, se llevó a cabo el grupo de discusión el día 27 de noviembre del año 2014, contando con la colaboración de la trabajadora social del CMAPA.

A lo largo de toda la investigación, se ha respetado el anonimato de las 165 personas participantes (tanto de los usuarios como de los familiares).

4.3. Ámbitos geográfico y temporal

Como ya se ha comentado, la investigación fue llevada a cabo en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA), situado en uno de los 15 distritos de la ciudad de Zaragoza (España), el barrio del Actur-Rey Fernando perteneciente a la margen izquierda de la ciudad, delimitada por el río Ebro. El barrio del Actur-Rey Fernando tiene una superficie de 9,67 km² y una población total de 58.692 habitantes. El periodo temporal durante el que se recabaron los datos en el CMAPA comprende desde el 20 de octubre del año 2014 al 23 de diciembre del año 2014. En la tabla 4, aparece reflejado el desarrollo temporal de las distintas fases de la investigación.

4.4. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico PASW Statistics, versión 18. Se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra en cada uno de los aspectos recogidos en la ficha de acogida que realiza el CMAPA a los usuarios [año del inicio de tratamiento, características sociodemográficas (sexo, nacionalidad, estudios finalizados, y edad), características relacionadas con consumo y la demanda de tratamiento (motivo de consulta, adicción principal, vía de administración, consumo de otras sustancias, máximo consumo diario y edad de inicio al

consumo), y características psicosociales (situación laboral, situación de la vivienda, situación de convivencia, situación judicial) y morbilidad física y/o mental]. La operativización de las variables, incluidas en la ficha de acogida, se indica en la tabla 5.

Tabla 4. Cronograma del estudio de investigación social.

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Planteamiento de los objetivos y la metodología							
Elaboración del marco teórico							
Recogida de datos en el CMAPA							
Análisis e interpretación de los resultados							
Elaboración de las conclusiones							

Tabla 5. Definición de las variables incluidas en la ficha de acogida.

Variable	Tipo de variable (categorías)	Descripción
Año	Cualitativa (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)	Año de inicio de tratamiento del individuo
Sexo	Cualitativa (Hombre, Mujer)	Sexo del individuo
Edad	Cuantitativa discreta	Edad del individuo encuestado
Nacionalidad	Cualitativa (Española, No española)	Nacionalidad del individuo
Estudios	Cualitativa (Sin estudios, Primaria incompleta, Curso de incorporación laboral, Primarios completos, Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O), Bachillerato, Formación Profesional (FP), Diplomado Universitario, Licenciado Universitario)	Nivel de estudios finalizados del individuo
Situación laboral	Cualitativa (Amo/a de casa, Trabajo por cuenta ajena, Trabajo por cuenta propia, Relaciones laborales sin Seguridad Social, Paro con subsidio, Desempleado, Ingresos sociales, I.L.T, Estudiante, Pensionista, Otras)	Situación laboral del individuo
Situación de la vivienda	Cualitativa (Alojamiento alternativo, Vivienda compartida, Vivienda propia, Otras)	Tipo de vivienda del individuo
Situación de convivencia	Cualitativa (Familia de origen, Familia adquirida, Solo/a, Otras)	Situación de convivencia del individuo
Situación judicial	Cualitativa (Sin antecedentes, Sin nada pendiente, Suspensión de condena art.87 del Código Penal (CP), Medida de seguridad art. 97 CP, Cumpliendo Tercer Grado (art. 182 CP), Libertad Condicional, Menores Infractores (sanciones administrativas), Sanciones administrativas)	Situación judicial del individuo
Enfermedad física	Cualitativa (Sí, No)	Padece alguna enfermedad física
Tipo de enfermedad física	Cualitativa	Tipo de enfermedad física
Enfermedad mental	Cualitativa (Sí, No)	Padece alguna enfermedad mental
Tipo de enfermedad mental	Cualitativa	Tipo de enfermedad mental

Tabla 5. Definición de las variables incluidas en la ficha de acogida (continuación).

Variable	Tipo de variable (categorías)	Descripción
Motivo de la consulta	Cualitativa (Propia, Familiar, Laboral, Salud, Económico, Legal, Otros)	Motivo por el que el individuo acude a la consulta
Adicción principal	Cualitativa (Juego patológico, Compras compulsivas, Alcohol, Tabaco, etc.)	Adicción principal del individuo
Edad de inicio de consumo	Cuantitativa discreta	Edad de inicio de consumo del individuo
Máxima cantidad consumida	Cuantitativa discreta	Máximo cantidad consumida de la droga principal por la que demanda tratamiento el individuo
Vías de administración	Cualitativa (Oral, Fumada, Esnifada, Inyectada, Inhalada)	Vía de administración de la sustancia por parte del individuo
Consumo de otras sustancias	Cualitativa (Sí, No)	Consumo de otras sustancias por parte del individuo

En segundo lugar, con el objetivo de conocer si existían diferencias significativas entre las diferentes variables en función del periodo temporal en el que acudieron al recurso (2009-2011 vs. 2012-2014), se han utilizado las pruebas estadísticas *t* de Student (en el caso de las variables cuantitativas) y Chi-cuadrado (en el caso de las variables cualitativas). El nivel de significación que se ha utilizado ha sido de $p \leq ,05$.

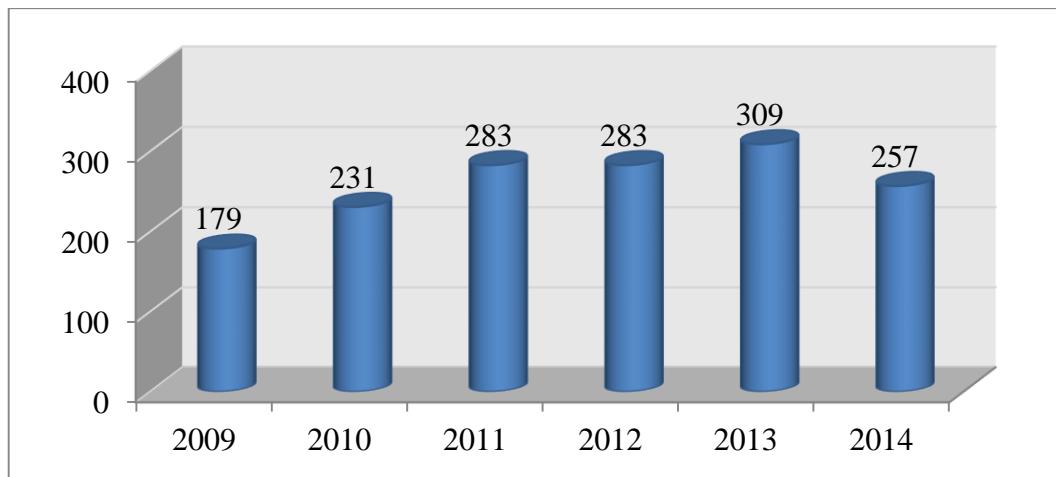
5. ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Resultados obtenidos tras el análisis de los expedientes de usuarios del CMAPA

Antes de describir el perfil del usuario que ha recibido atención en el CMAPA en los últimos 6 años, es necesario resaltar la evolución de la demanda del tratamiento en este recurso público. En el gráfico 1 aparecen recogidos los datos relativos al número de usuarios del CMAPA desde el año 2009 al 2014. En líneas generales, se aprecia un incremento de la demanda de tratamiento por consumo de sustancias⁴.

⁴ Es necesario indicar que el dato de 2014 fue obtenido en el mes de octubre, luego cabe esperar que se incremente hasta finales de año.

Gráfico 1. Número de usuarios demandantes de tratamiento en el CMAPA desde el año 2009 al año 2014 (octubre).



Fuente: elaboración propia

5.1.1. Características sociodemográficas

Por lo que respecta a las características sociodemográficas de la muestra seleccionada (ver tabla 6), más de la mitad de la población que inicia tratamiento en el CMAPA de entre 15 y 34 años, son hombres (76%), con una edad media de 22,8 años (D. T. = 5,47) y la mayoría son de nacionalidad española (88,2%). En cuanto a estudios finalizados, el 77% ha completado la formación básica (ESO, FPI, curso de incorporación laboral y estudios primarios completos), mientras que únicamente el 5,4% tiene estudios superiores.

Tabla 6. Características demográficas de los datos recogidos de las fichas de acogida e historias sociales.

Variable		N	%
Sexo	Mujeres	37	24,0
	Hombres	117	76,0
Nacionalidad	Española	136	88,3
	No española	18	11,7

Tabla 6. Características demográficas de los datos recogidos de las fichas de acogida e historias sociales (continuación).

Variable		N	%
Estudios finalizados	Sin estudios	10	6,8
	Básicos	115	77,7
	Medios	15	10,1
	Superiores	8	5,4
		Media	D.T.
Edad		22,8	5,5

5.1.2. Características relacionadas con la adicción y la demanda de tratamiento

En relación a la demanda de tratamiento en el CMAPA (tabla 7), destacan en primer lugar los motivos de consulta propios (42%) y por motivos legales (34%), así como los económicos por su bajo porcentaje (0,7%). En cuanto a la adicción principal, destaca el consumo de cannabis (44,8%) seguido de la cocaína (18,2%) y el juego patológico (12,3%). En cambio, la adicción a nuevas tecnologías (ordenador) supone el 1,3% de demanda de tratamiento.

Tabla 7. Características relacionadas con el consumo y la demanda de tratamiento.

Variable		N	%
Motivo de consulta	Propia	63	42,0
	Familiares	25	16,7
	Salud	8	5,3
	Económicos	1	0,7
	Legales	51	34,0
	Otros	2	1,3

Tabla 7. Características relacionadas con el consumo y la demanda de tratamiento (continuación).

Variable		N	%
Adicción principal	Anfetaminas	11	7,1
	Cocaína	28	18,2
	Compras	1	0,6
	Juego patológico	19	12,3
	Alcohol	12	7,8
	Ordenador	2	1,3
	Tabaco	8	5,2
	Cannabis	69	44,8
Vía administración	Oral	13	10,2
	Fumada	79	61,7
	Esnifada	36	28,1
Otras sustancias	Sí	56	37,3
	No	94	62,7
		Media	D.T.
Máximo consumo diario (unidad de medida)	Anfetaminas (pastillas)	50,0	32,1
	Cocaína (rayas)	42,4	25,5
	Alcohol (UBEs)	22,9	8,7
	Tabaco (cigarrillos)	22,5	8,5
	Cannabis (porros)	13,4	8,6
Edad de inicio		15,3	3,0

La mayor cantidad consumida en un día en cuanto al consumo de cocaína (unidad de medida: rayas), la media obtenida fue de 42,4 (D. T. = 25,5). La media de mayor consumo de anfetaminas en un solo día (unidad de medida: pastillas) fue de 50,0 (D. T. = 32,1). En el caso del alcohol, la máxima cantidad diaria consumida ha sido de 22,9 UBE⁵ (D. T. = 8,7). Con respecto al consumo de tabaco y

⁵ Unidad de Bebida Estándar (UBE), en España ha sido validada por investigadores de SOCIDROGALCOHOL, estableciéndose la siguiente equivalencia: 1 UBE equivale a 10 g de alcohol puro (1 copa de vino o ½ consumición de destilados o 1 cerveza cañana, mediana, quinto, botellín, etc). Siendo 2 UBEs equivalentes a 1 copa de coñac o 1 ginebra o 1 whisky o un combinado (cubalibre, gintonic, etc) (Guardia, Jiménez, Pascual, Florez y Contel, 2007).

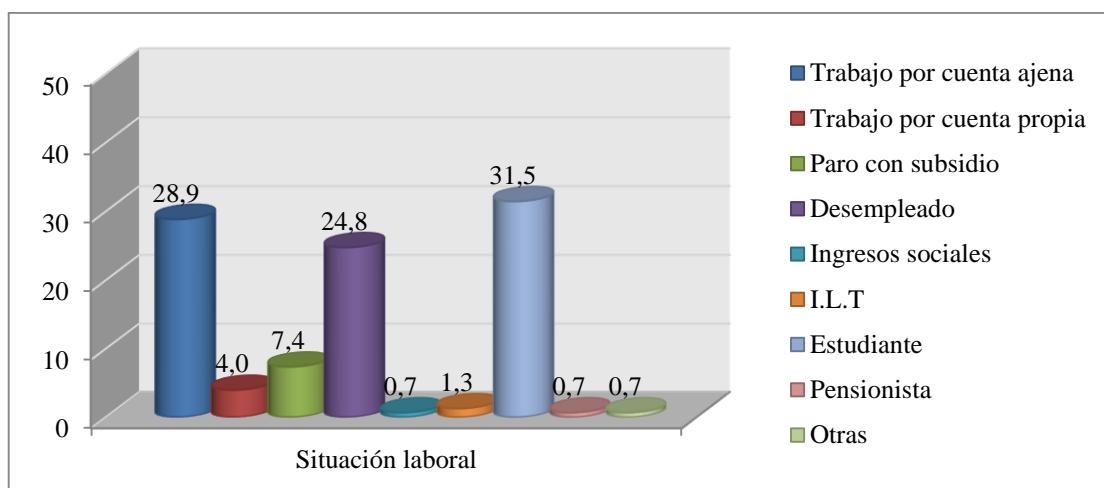
cannabis (medido en unidades al día), la mayor cantidad consumida en un día fue de 22,5 cigarrillos (D. T. = 8,5) y de 13,4 porros (D. T. = 8,6).

En relación a la vía de administración de la sustancia, la más común es la fumada (61,7%). Es importante señalar que el 37,3% de los usuarios del CMAPA son policonsumidores, es decir, consumen otra sustancia además de aquella por la que demandan tratamiento.

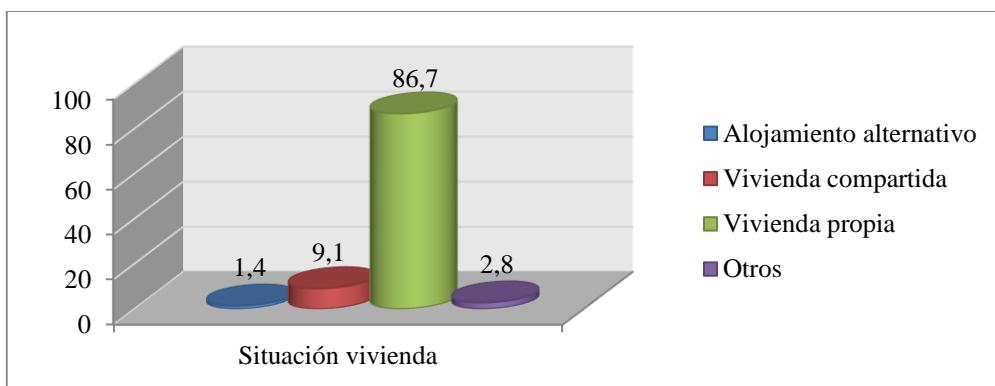
5.1.3. Características psicosociales

En cuanto a la situación laboral, el 31,5% de los usuarios que demandan tratamiento en el CMAPA son estudiantes y el 28,9% son trabajadores por cuenta ajena (gráfico 2). La situación de vivienda más frecuente es la de poseer una vivienda propia (86,7%) y el 69,2% convive con su familia de origen (ver gráficos 3 y 4). Con respecto a la situación judicial, el 46,7% no tiene antecedentes, si bien el 22% tienen sanciones administrativas, siendo la situación menos común la referente al artículo 97 del Código Penal (0,7%) (Gráfico 5).

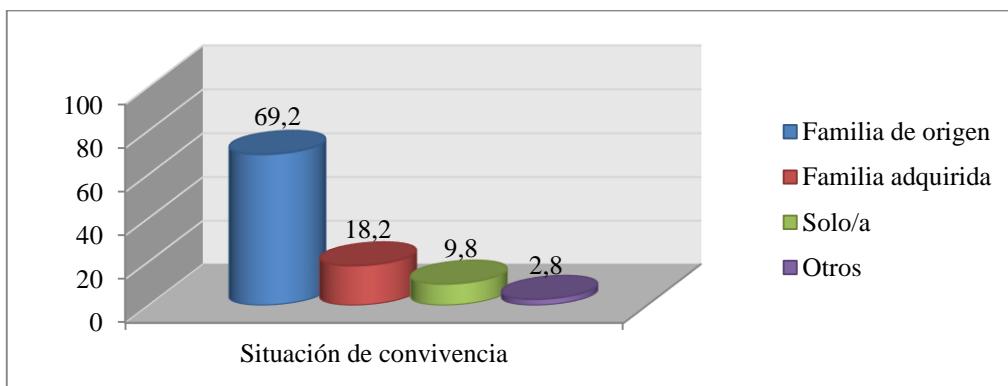
Gráfico 2. Situación laboral.



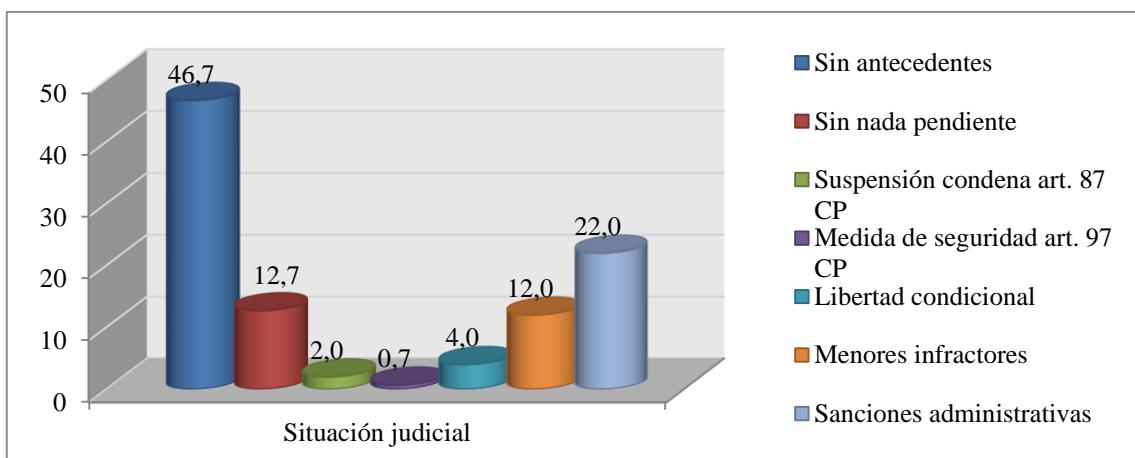
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Situación de la vivienda.

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4. Situación de convivencia.

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 5. Situación judicial.

Fuente: elaboración propia.

Por último, la mayoría de los usuarios no tenían ninguna enfermedad ni física ni mental en el momento de demandar tratamiento por consumo de sustancias en el CMAPA (92% y 91,3% respectivamente) (tabla 8).

Tabla 8. Morbilidad según los datos recogidos de las fichas de acogida e historias sociales.

		N	%
Enfermedad física	Sí	12	8,0
	No	138	92,0
Enfermedad mental	Sí	13	8,7
	No	137	91,3

Fuente: elaboración propia.

5.1.2. Análisis de los datos en función del año de demanda de tratamiento en el CMAPA

Se llevó a cabo una comparación de las distintas variables incluidas en la historia social (ver tabla 9), en base al año de demanda de tratamiento en el CMAPA, para ello, se establecieron dos grupos: el de aquellos usuarios tratados entre los años 2009 a 2011 ($n = 69$) y el de aquellos tratados entre 2012 y 2014 ($n = 85$).

Por lo que respecta a las *características sociodemográficas* los resultados indican, por un lado, que existe un mayor porcentaje de hombres tratados entre 2012 y 2014, aunque no se ha alcanzado la significación estadística requerida. Por otro lado, lo mismo sucede con la nacionalidad de los usuarios del CMAPA, como se puede observar, no existen diferencias significativas con el paso de los años, siendo notablemente superior la población de nacionalidad española que demanda tratamiento en ambos periodos temporales.

En la variable estudios finalizados observamos que, aunque las diferencias no han alcanzado el nivel de significación estadística requerido ($p \leq .05$), el porcentaje de usuarios sin estudios ha decrecido con el paso de los años (11,9% en 2009-2011 vs. 2,5% en 2012-2014) y, lo mismo ocurre con el porcentaje de quienes poseen estudios superiores (7,5% vs. 3,7% respectivamente). Sin embargo, los usuarios con estudios básicos han aumentado en los últimos 3 años (68,7% vs. 85,2% respectivamente).

Tabla 9. Comparación entre grupos en base al año de demanda de tratamiento en el CMAPA.

Periodo temporal		2009 – 2011 (n = 69)		2012 – 2014 (n = 85)		χ^2 / t	
Variables		n	%	n	%		
Variables demográficas	Sexo	Hombres	52	75,4	65	76,5	0,03
		Mujeres	17	24,6	20	23,5	
	Nacionalidad	Española	60	88,2	75	88,2	0,01
		No española	8	11,8	10	11,8	
	Estudios finalizados	Sin estudios	8	11,9	2	2,5	7,51 (p = 0,057)
		Básicos	46	68,7	69	85,2	
		Medios	8	11,9	7	8,6	
		Superiores	5	7,5	3	3,7	
		Media	D.T.	Media	D.T.		
Variables de consumo	Edad		21,6	5,4	23,8	5,4	-2,48**
	Motivo de consulta	Propia	32	47,1	31	37,8	4,20
		Familiares	12	17,6	13	15,9	
		Salud	4	5,9	4	4,9	
		Económicos	1	1,5	0	0,0	
		Legales	18	26,5	33	40,2	
		Otros	1	1,5	1	1,2	
	Adicción principal	Anfetaminas	2	2,9	9	10,6	10,70
		Cocaína	15	21,7	13	15,3	
Variables sociodemográficas		Compras	1	1,4	0	0,0	
		Juego patológico	8	11,6	11	12,9	
		Alcohol	6	8,7	6	7,1	
		Ordenador	0	0,0	2	2,4	
		Tabaco	6	8,7	2	2,4	
		Cannabis	30	43,5	39	45,9	
		Media	D.T.	Media	D.T.		
	Máximo consumo/día	Anfetaminas	65,0	49,5	45,0	28,8	0,74
		Cocaína	39,2	23,9	46,7	28,3	-0,66
Variables socioculturales		Alcohol	20,8	6,2	25,0	11,1	-0,74
		Tabaco	23,3	9,8	20,0	0,0	0,46
		Cannabis	15,3	9,1	11,7	8,0	1,36
		Media	D.T.	Media	D.T.		

Tabla 9. Comparación entre grupos en base al año de demanda de tratamiento en el CMAPA (continuación).

Periodo temporal		2009 – 2011 (n = 69)		2012 – 2014 (n = 85)			
Variables		n	%	n	%	χ^2 / t	
Variables de consumo	Vía de administración	Oral	6	10,2	7	10,1	0,06
		Fumada	37	62,7	42	60,9	
		Esnifada	16	27,1	20	29,0	
	Otras sustancias	Sí	22	32,4	34	41,5	1,32
		No	46	67,6	48	58,5	
			Media	D.T.	Media	D.T.	
	Edad de inicio		14,9	2,9	15,8	3,0	-1,61
Variables psicosociales	Situación laboral	Por cuenta ajena	18	26,5	25	30,9	6,49
		Por cuenta propia	3	4,4	3	3,7	
		Paro con subsidio	6	8,8	5	6,2	
		Desempleado	15	22,1	22	27,2	
		Ingresos sociales	0	0,0	1	1,2	
		I.L.T.	2	2,9	0	0,0	
		Estudiante	24	35,3	23	28,4	
		Pensionista	0	0,0	1	1,2	
		Otros	0	0,0	1	1,2	
	Situación de la vivienda	Alojamiento alternativo	1	1,5	1	1,3	0,25
		Vivienda compartida	7	10,3	6	8,0	
		Vivienda propia	58	85,3	66	88,0	
		Otros	2	2,9	2	2,7	
Situación de convivencia	Situación de convivencia	Familia de origen	42	61,8	57	76,0	5,69
		Familia adquirida	17	25,0	9	12,0	
		Solo/a	6	8,8	8	10,7	
		Otros	3	4,4	1	1,3	

Tabla 9. Comparación entre grupos en base al año de demanda de tratamiento en el CMAPA (continuación).

Periodo temporal			2009 – 2011 (n = 69)		2012 – 2014 (n = 85)		
Variables			n	%	n	%	χ^2 / t
Variables psicosociales	Situación judicial	Sin antecedentes	40	58,8	30	36,6	13,54*
		Sin nada pendiente	5	7,4	14	17,1	
		Susp. Condena art.87 CP	2	2,9	1	1,2	
		Medida seguridad art. 97 CP	0	0,0	1	1,2	
		Libertad condicional	2	2,9	4	4,9	
		Menores infractores	10	14,7	8	9,8	
		Sanciones administrativas	9	13,2	24	29,3	
Variables de morbilidad	Enfermedad física	Sí	6	8,8	6	7,3	0,12
		No	62	91,2	76	92,7	
	Enfermedad mental	Sí	8	11,8	5	6,1	1,51
		No	60	88,2	77	93,9	

*p ≤ ,05; ** p ≤ ,01

En relación a la edad de los usuarios, observamos que la edad media de entrada en tratamiento en el CMAPA ha aumentado significativamente en los últimos años (21,6 años en 2009-2011 vs. 23,8 años en 2012-2014).

Con respecto a las *características relacionadas con el consumo y la demanda de tratamiento*, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de ellas. A pesar de ello, es importante señalar que, en relación al motivo de consulta, disminuye con el paso de los años el porcentaje de usuarios que acuden al centro por motivos propios, familiares, de salud, económicos y otros, mientras que ha aumentado el número de usuarios que demandan tratamiento en el CMAPA por motivos legales (26,5% en 2009-2011 vs. 40,2% en 2012-2014).

En la adicción principal, tampoco aparecen diferencias significativas; no obstante, destaca el aumento de demanda de tratamiento por consumo de anfetaminas en el periodo de 2012-2014 (10,6% vs. 2,9% en 2009-2011) y la disminución de la demanda por consumo de tabaco (8,7% en 2009-2011 vs. 2,4% en 2012-2014).

En la variable máxima cantidad consumida al día, no aparecen diferencias significativas pero disminuye con el paso de los años la cantidad diaria de anfetaminas consumida, aumentando la

cantidad de cocaína. Cabe indicar que la cantidad de cannabis consumido al día ha disminuido en los últimos 3 años (15,3 unidades/día en 2009-2011 vs. 11,7 unidades/día en 2012-2014), aunque no se alcanza la significación estadística.

En cuanto a las vías de consumo, si bien no aparecen diferencias significativas con el paso de los años, sí que se puede apreciar un ligero incremento en el consumo de sustancias esnifadas. Además, aunque no se ha alcanzado la significación estadística requerida, se observa un leve aumento en la edad de inicio en el consumo (14,9 años entre 2009-2011 vs. 15,8 años entre 2012-2014).

Por último, respecto a las *características psicosociales*, la situación laboral no revela cambios significativos en los últimos años, pero se puede apreciar cómo ha aumentado el porcentaje de personas desempleadas y ha disminuido el de estudiantes (tabla 9). En la situación de la vivienda y de la convivencia, tampoco aparecen diferencias significativas, destacando en ambos períodos de tiempo el porcentaje de usuarios con vivienda propia y que conviven con la familia de origen.

En la variable de situación judicial, sí hallamos diferencias significativas entre los dos períodos temporales. Como se puede ver en la tabla 9, ha disminuido el porcentaje de usuarios sin antecedentes penales, aumentando los que no tienen nada pendiente porque ya han cumplido las medidas correspondientes. Apenas existen diferencias a lo largo de los años en el porcentaje de usuarios cuyo delito ha sido provocado por el consumo de drogas y en usuarios a los que se les ha sustituido la pena por una medida alternativa (en este caso el tratamiento por consumo de sustancias). También comprobamos que ha disminuido el porcentaje de los menores infractores y ha aumentado el número de usuarios con sanciones administrativas.

Finalmente, en las variables de morbilidad física, mental o ambas, no se han encontrado diferencias significativas con el paso de los años. Aunque parece haber disminuido el número de usuarios que presentan una enfermedad mental en el momento de entrar en tratamiento en el CMAPA (11,8% en 2009-2011 vs. 6,1% en 2012-2014).

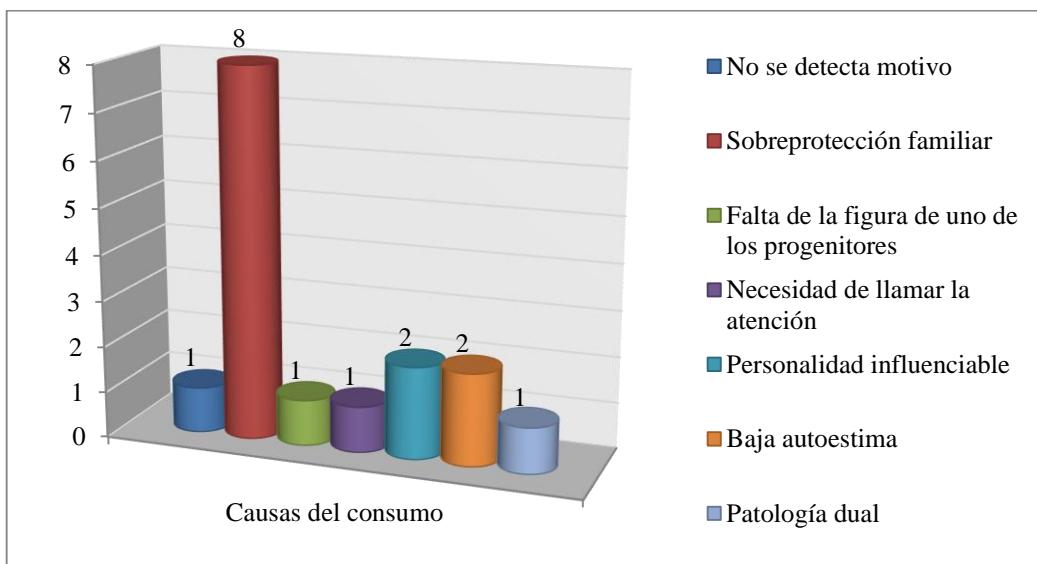
5.2. Análisis de la información obtenida en el grupo de discusión con los progenitores de usuarios del CMAPA.

En el grupo de discusión llevado a cabo con los padres de usuarios del CMAPA se abordaron cinco temas generales relacionados con el consumo de drogas y su impacto en el medio familiar y social: causas del consumo de drogas de sus familiares, cambios en el funcionamiento familiar debidos al consumo, valoración del impacto emocional provocado por el consumo, valoración del impacto social en las vidas de sus familiares, necesidades no cubiertas durante el proceso de recuperación; así como las posibles propuestas de mejora en el tratamiento de las drogodependencias.

Se describen a continuación los principales hallazgos tras la transcripción de la reunión llevada a cabo, indicando ejemplos de comentarios realizados por los progenitores (entre paréntesis se indica el parentesco con el usuario; se transcribe literalmente el discurso de todos ellos).

En relación a las *causas del consumo de drogas de sus familiares*, como se puede ver en el gráfico 6, una gran mayoría de los participantes achacan el consumo de sus hijos a la sobreprotección familiar.

Gráfico 6. Atribución del consumo de drogas de sus familiares.



Fuente: elaboración propia.

En este sentido, algunas de las afirmaciones fueron:

- Familiar 1 (madre): “yo creo que le sobreprotégí, creo que echó en falta la presencia del padre”.
- Familiar 9 (madre): “creo que es porque lo he sobreprotegido, los he protegido a los tres. Son dos chicas y un chico, pero lo ha hecho él y claro, yo es que no me he dado cuenta”

Por otro lado, varios padres destacan, entre las posibles causas, la baja autoestima y la creencia de que sus familiares tienen una personalidad influenciable, lo cual han sido a su juicio, factores determinantes en el inicio del consumo y el desencadenante de la adicción:

- Familiar 2 (madre): “se hicieron novios, a mí me dijeron que ese chaval consumía, le quitó en 4 días la personalidad, mi chica es muy buena y nunca ha sabido decir que no”.

- Familiar 3 (madre): “*pues yo creo que empezó a consumir por su baja autoestima, el no saber integrarse el que le costaba mucho de no saber decir no y cuando se dio cuenta ya estaba dentro*”.

En segundo lugar, se abordaron los *cambios en el funcionamiento familiar debidos al consumo*.

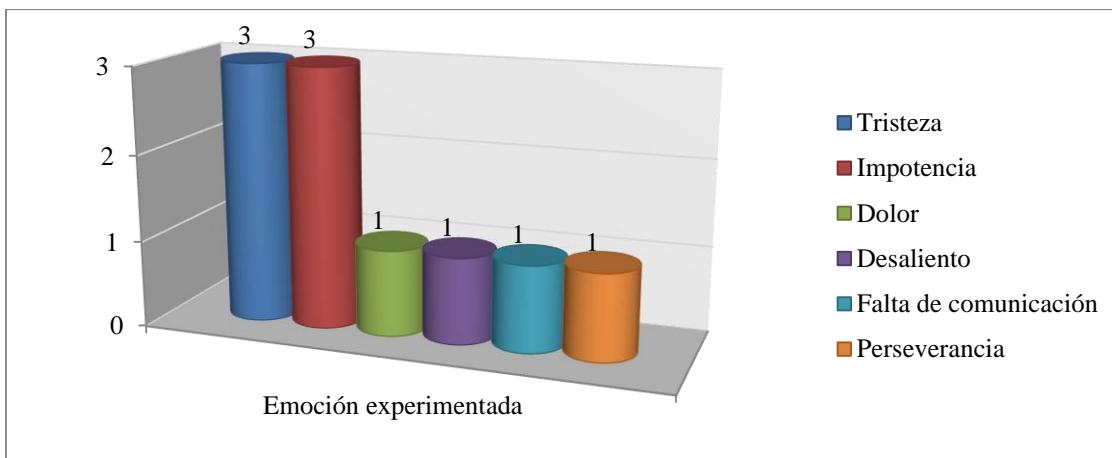
Con respecto a esta cuestión, fueron varias las respuestas. Por un lado, algunos participantes mencionaron la violencia que se generó en la familia, tanto de la persona consumidora contra sí misma, como con el resto:

- Familiar 3 (madre): “*la familia se destruye emocionalmente te quedas agitada sin energía, con mi hijo verbalmente fue fatal... muchísima ira, impulsos y agresivo, verbales, contra objetos y con nosotros*”.
- Familiar 10 (madre): “*hay momentos de violencia verbal, y todo puede desembocar en cualquier cosa*”.

También se puso de manifiesto el deterioro emocional que se produjo en todo el núcleo familiar.

- Familiar 4 (padre): “*el deterioro familiar es muy grande, ves que es tu hijo y que su futuro es totalmente incierto, tratas de buscar ayuda, no lo sabes ayudar*”.
- Familiar 5 (madre): “*se pasa muy mal, porque cada uno lo ve de una manera, yo igual lo he sobreprotegido, su padre era de otra manera*”.
- Familiar 6 (padre): “*cuando comienzan a tener adicciones la familia y las relaciones se destrozan, con la pareja se hace todo muy difícil. Y las relaciones con los hijos exactamente lo mismo*”.
- Familiar 7 (padre): “*la pareja es muy complicado porque cada uno tiene su manera de ver las cosas, uno lo lleva mejor, otro lo lleva peor y crea muchísimas tensiones*”.

En tercer lugar, se pidió a los padres que valorasen el *impacto emocional provocado por el consumo*. En este sentido, como se puede apreciar en el gráfico 7, las emociones más destacadas fueron la tristeza y la impotencia.

Gráfico 7. Emociones destacadas por los progenitores.

Fuente: elaboración propia.

El cuarto elemento introducido en la reunión fue el *impacto social en las vidas de sus familiares*. Se preguntó, en concreto, por el ámbito laboral, económico, formativo, redes sociales, vivienda y ocio y tiempo libre. Todos los participantes comentaron que todas y cada una de esas áreas se habían visto afectadas:

- Familiar 6 (padre): “*prácticamente casi todos pierden su trabajo, dejan de cumplir*”.
- Familiar 5 (madre): “*en mi caso él se despidió voluntariamente y entonces ya dejó de trabajar al decirle al jefe que consumía*”.
- Familiar 4 (padre): “*ha perdido todos los trabajos*”, “*tiene muchas deudas que no puede pagar y claro...*”.
- Familiar 1 (madre): “*conserva algunos amigos de siempre que cuando no está enfrasado y esas cosas sale y lo llaman, pero él no está a gusto porque cada uno ha hecho su vida y él se ha quedado estancado*”, “*el mío kárate, fútbol, montañismo, tenis, a todo le ha pegao, estando inmerso en esta historia ha seguido dándole al tenis con un amigo pero vamos básicamente televisión sillónball y poco más*”.

En quinto lugar, se abordó el tema de las *necesidades no cubiertas durante el proceso de recuperación de sus familiares*. Se mencionó como algo importante la falta de apoyo por parte del resto de la familia extensa y el tener que ocultar la situación:

- Familiar 1 (madre): “*influye que no se entere la familia, esas cosas que todos llevamos oculto y eso que te culpas a ti*”.

- Familiar 8 (madre): “*Que a nivel social, la gente no percibe esto como una enfermedad sino como realmente un vicio entonces aparte de que tiendes a no contárselo a mucha gente porque te da vergüenza no lo dices, no es lo mismo que sea diabético*”.
- Familiar 7 (padre): “*A mí me ha faltado la colaboración de apoyo con la pareja, implicación, ella lo habrá pasado mal pero no se ha implicado, ni se ha acercado por aquí*”.

Con respecto al tratamiento de estas problemáticas se menciona la importancia de una adecuada prevención, así como atención inmediata:

- Familiar 3 (madre): “*También echo en falta que en el colegio a los críos... allí tendría que haber una influencia, que las instituciones de alguna manera se anticiparan a lo que va a venir*” (...)
- Familiar 11 (madre): *A mí en mi caso cuando tuve que pedir la ayuda, necesitaba algo en ese mismo momento, el tener un lugar en ese mismo instante*”.

Finalmente, se solicitó a los padres que indicasen *sugerencias de mejora en el tratamiento de las drogodependencias*. Las respuestas se centraron, principalmente, tanto en la necesidad de poner en marcha programas dirigidos exclusivamente a la mejora de la autoestima como el tratamiento conjunto de usuarios y familiares:

- Familiar 3 (madre): “*Programas de autoestima, fomentar el trabajo personal interior, trabajar con la persona y con las familias, si no aprendemos no podemos aportar...*”.

También se demandó la necesidad de una mayor implicación por parte de las instituciones y una prevención adecuada a las necesidades. Con respecto al CMAPA, los progenitores de los usuarios exigen inmediatez y la necesidad de ver lo positivo, de tener esperanza:

- Familiar 8 (madre): “*inmediatez, entendemos que hay gente, pero lo ideal es que cuando el chaval se da cuenta tiene que ser inmediato*”.

6. DISCUSIÓN

El principal objetivo de la investigación llevada a cabo en este Trabajo Fin de Grado ha sido conocer la evolución de la conducta adictiva y, del mismo modo, su impacto en el ámbito socio-

familiar en los usuarios del Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de la ciudad de Zaragoza. Como objetivos específicos se plantearon, en primer lugar, analizar la evolución (y posibles cambios) en el perfil de los usuarios de este recurso en los últimos 6 años; en segundo lugar, describir los cambios que el consumo de drogas ha provocado en el sistema familiar y en la esfera social de los individuos usuarios del centro (funcionamiento familiar, relaciones sociales, estudios, empleo, etc.); y, por último, proponer algunas líneas de actuación con este colectivo desde la disciplina del Trabajo Social.

Los cambios en los patrones de consumo a lo largo del tiempo y las repercusiones de las conductas adictivas en el entorno social y familiar son temas ya abordados por estudios previos. Sin embargo, este trabajo, a través del análisis de la información facilitada por los usuarios del CMAPA y sus familiares, pretende detallar la situación de uno de los recursos públicos más importantes de la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito de la asistencia a población drogodependiente.

En cuanto a las características generales sociodemográficas, es importante mencionar que más del 75% de los usuarios del CMAPA son hombres. Este hallazgo resulta lógico teniendo en cuenta que el consumo de drogas en España, tal y como han apuntado diversos estudios, es mayor en la población masculina (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Pero, de acuerdo al Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2012), este hecho también podría deberse a que son menos las mujeres que acuden a tratamiento por consumo de drogas, algo que podría derivar del estigma social que todavía perdura en una sociedad patriarcal como en la que vivimos. Por tanto, los datos evidencian que la adicción es una realidad que se da tanto en hombres como en mujeres, aunque éstas acuden en menor medida a tratamiento.

Otra de las variables analizadas ha sido la nacionalidad, obteniendo que casi el 90% de los usuarios que demandan tratamiento en el CMAPA son de nacionalidad española. Esto puede deberse, entre otras cuestiones, a que se trata de un Centro Municipal situado en el barrio del Actur-Rey Fernando de la ciudad de Zaragoza que se caracteriza por tener una tasa baja de población inmigrante (5,49%)⁶ (Ayuntamiento de Zaragoza, 2015) o, a que este sector de la población, a pesar de tener problemas con el consumo de sustancias no accede a los recursos disponibles.

Con respecto al nivel de estudios, la mayoría de los usuarios del CMAPA únicamente han cursado estudios básicos (77,7%). En esta línea, Palacios y Andrade (2007) ya habían apuntado que, muchas de las personas que presentan conductas adictivas, fracasan a nivel escolar, o se retrasan con respecto a los cursos académicos que les corresponderían. Por otro lado, son pocos los individuos sin ningún tipo de estudios (6,8%), esto puede significar que desde el centro no se atiende o no se llega a la

⁶ <https://www.zaragoza.es/ciudad/estadistica/pobactur.htm>

población con menos recursos, bien sea por las características del centro, porque existen otros centros dirigidos a esta población o por la ubicación del recurso, entre otros. Así mismo, los porcentajes de individuos con estudios superiores también son bajos y podría deberse a que la atención que se da en el CMAPA no va dirigida a personas con un mayor poder adquisitivo o, que realmente, la prevalencia de consumo de sustancias es menor en personas con un nivel de estudios alto, tal y como indican estudios previos (Fantín y Morales de Barbenza, 2007). Se cree que existe la posibilidad de que estas personas recurran a recursos privados en lugar de a recursos públicos como el CMAPA.

La edad media de la muestra seleccionada cuando demanda tratamiento en el CMAPA ha sido de 22,8 años, edad que coincide con una etapa en la que los jóvenes comienzan a tomar decisiones que van a ser trascendentales en su vida, como, por ejemplo, finalizar su formación o iniciar otros aprendizajes, la búsqueda de empleo, la búsqueda de independencia y sostenibilidad económica, entre otras cuestiones. Quizás, el hecho de percibir la incompatibilidad entre estas situaciones y el consumo de drogas pueda ser el principal motivo para demandar ayuda y tratamiento.

En cuanto a las características generales relacionadas con el consumo y con la demanda de tratamiento, en primer lugar, destaca el alto porcentaje de individuos que acuden al CMAPA por iniciativa propia (42%), algo que puede ser indicativo, como señalábamos anteriormente, de que muchos de ellos son conscientes de que ese consumo altera su funcionamiento habitual y puede suponer un obstáculo para su desarrollo personal y social.

Por otro lado, es importante subrayar el alto porcentaje de individuos que inician tratamiento por motivos legales (34%). En la actualidad, existen medidas que permiten realmente favorecer la reinserción social de personas condenadas a penas privativas de libertad a través de sustitutivos penales, como es acudir a tratamiento a centros como el CMAPA. Esto aparece recogido en nuestra legislación, lo vemos en artículos como: el 87 del Código Penal en el que se indica que, el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá suspender la ejecución de las penas privativas de libertad que no superen los tres años a causa de dependencia a sustancias; en el caso del artículo 97 del Código Penal, en el que el Juez o Tribunal podrá sustituir una medida de seguridad por otra que se considere más adecuada como puede ser la asistencia a tratamiento por dependencia a sustancias (Boletín Oficial de Estado, 1995). Además, en el artículo 182, se muestra la posibilidad de ser internado en un centro de deshabituación y en centro educativo especial como medida extrapenitenciaria en régimen de tercer grado (Boletín Oficial del Estado, 1996). Este dato obtenido entre los usuarios del CMAPA confirma lo apuntado por algunos autores acerca de la correlación entre delincuencia, delitos cometidos, consumo de sustancias y mayor riesgo de desarrollar conductas adictivas (Contreras, Molina y Cano, 2012). En cambio, el porcentaje de personas que afirman haber acudido al CMAPA principalmente por motivos de salud ha sido relativamente bajo (5,3%). Esto puede indicar, por un

lado, que los individuos que acuden al recurso tienen un buen estado de salud (no olvidemos su temprana edad) pero, por otro lado, podría ser ejemplo claro de su baja conciencia de peligrosidad de las drogas para su salud física y mental.

Según la información analizada, el cannabis es la sustancia más consumida por los individuos que reciben tratamiento en el CMAPA (44,8%). Como ya se comentó anteriormente, es la droga ilícita con mayor prevalencia de consumo en nuestro país (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Su alto consumo se asocia a su gran aceptación social, tiende a percibirse como una sustancia menos dañina que otras, como podría ser la heroína y, como consecuencia, se ha normalizado dentro de determinados contextos. Los individuos de la muestra se encuentran en una edad caracterizada por cierta necesidad de experimentar, y el cannabis, en ocasiones, es una de las drogas de acceso (puerta de entrada) hacia otras sustancias como las anfetaminas o la cocaína (Ayllón, García, Olivar y Palmerín, 2008). De ahí que un porcentaje considerable de los usuarios del CMAPA sean policonsumidores (el 37,3% presentan consumo de otras drogas además de la droga principal por la que demandan tratamiento). Aunque estos individuos suelen iniciarse en las llamadas drogas legales (alcohol y tabaco) en torno a los 15 años de edad, con el paso del tiempo, han ido escalando hacia el consumo de otras sustancias (ej., cocaína), tratando de buscar efectos más fuertes sobre el organismo (Caballero, 2005). Los datos obtenidos en la investigación coinciden con el planteamiento de que la adicción a sustancias es un proceso de aprendizaje a través de la interacción entre dichas sustancias y los entornos que favorecen su consumo. El consumo de una sustancia y una experiencia social reforzante activa circuitos cerebrales aumentando la posibilidad de continuar con el consumo (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Por lo que respecta a la vía de administración, destaca la fumada (61,7%), no es de extrañar si recordamos que el cannabis es la sustancia más consumida y se suele ingerir por esta vía (en forma de ‘canuto’ o ‘porro’).

En cuanto a los datos obtenidos sobre las variables psicosociales, es necesario señalar el importante porcentaje de desempleados (casi un 25%). En ocasiones, es la conducta adictiva la que conlleva una pérdida del empleo y, en otras, es la falta de ocupación la que provoca una mayor incidencia de estas conductas como forma de ocupar el tiempo libre, así como de encubrir otras necesidades sin satisfacer en el ámbito económico o a nivel emocional (Instituto Internacional de Estudios Sobre la Familia, 2012).

Un gran porcentaje de individuos conviven con la familia de origen (69,2%), lo que es coherente dada la edad de los individuos participantes, pero también puede ser debido a la situación de desempleo en la que muchos se encuentran.

En cuanto a la situación judicial, aunque casi la mitad de los individuos no tiene antecedentes penales (46,7%), sí existe un porcentaje considerable de jóvenes en situación de libertad condicional (22%), lo cual puede mostrar una vez más la relación entre el consumo de sustancias y las actuaciones ilegales.

Finalmente, se detectan porcentajes muy bajos tanto en el padecimiento de enfermedades físicas como mentales, posiblemente, debido a la edad de los usuarios o a que no se visualizan las consecuencias inmediatas del consumo a estas edades.

Al analizar la evolución (y posibles cambios) del perfil del usuario del CMAPA en los últimos 6 años, los datos señalan algunas cuestiones interesantes que es necesario comentar. En los últimos 3 años (de 2012 a 2014), parece haberse incrementado la edad media de entrada en tratamiento. Este dato podría ser indicativo de que los consumidores acuden más tarde a tratamiento, lo cual podría contribuir a empeorar su pronóstico y a cronificar la adicción. No obstante, y desde una perspectiva más optimista, este hecho (unido al incremento de la edad media en el inicio en el consumo) podría ser un indicador de eficacia de las campañas preventivas que se llevan a cabo en edad escolar y, en efecto, están retrasando el inicio en el consumo de sustancias.

Por otro lado, aunque no se ha alcanzado la significación estadística requerida, los datos parecen apuntar a un incremento en el número de usuarios con estudios básicos, esto podría estar relacionado con la situación económica que se está viviendo en España en los últimos 6 años, como el incremento del desempleo juvenil. Investigaciones anteriores muestran que las probabilidades de que las personas con un bajo nivel socioeconómico consuman sustancias psicoactivas son mayores que las de aquellas personas que tienen un nivel socioeconómico medio o alto (Fantin y Morales de Barbenza, 2007). Por otro lado, un nivel de estudios bajo y un bajo rendimiento escolar suelen asociarse no solo al consumo de drogas sino a otras conductas-problema (Laespada et al., 2004).

Aunque no parecen existir diferencias significativas en cuanto a las características relacionadas con el consumo, sí cabe destacar el incremento en el número de usuarios que demandan tratamiento por motivos legales. Esto podría ser un claro ejemplo del aumento de la sensibilidad hacia este tipo de problemática y la reinserción social de estas personas, a través de la sustitución de las medidas privativas de libertad por sustitutivos penales como es acudir a un tratamiento. No es extraño, por tanto, constatar la existencia de diferencias significativas en la variable de situación judicial. En los últimos tres años, ha disminuido el porcentaje de usuarios sin antecedentes penales pero se ha incrementado el de aquellos individuos con sanciones administrativas. Resulta importante mencionar la disminución en el porcentaje de menores infractores, esto puede deberse a que desde los servicios específicos de atención a menores no se prioriza el consumo y, por tanto, no son derivados al

CMAPA; o a que realmente el consumo en los menores infractores ha disminuido en estos tres últimos años.

Con respecto al segundo objetivo específico de la investigación, la información obtenida de los progenitores de usuarios del CMAPA indica que muchos de ellos asocian el inicio del consumo a la sobreprotección familiar recibida, especialmente, en la infancia temprana y la adolescencia. Estos datos nos deben hacer reflexionar sobre los estilos de crianza de los hijos. En la línea de lo que han apuntado autores como Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra (2008) en sus estudios sobre la influencia del contexto familiar en los adolescentes, o Noller y Callan (1991; citado en Murillo, 2009) en sus investigaciones sobre los adolescentes y sus familias, el estilo permisivo puede favorecer la aparición de este tipo de problemáticas, concretamente, en la etapa de la adolescencia; pues si los límites y las normas no se han establecido de la manera correcta, se incrementa el riesgo de presentar este tipo de comportamientos (Raya, 2008). Es importante destacar como, en todos los casos excepto en uno, se identifican la baja autoestima, o la falta de uno de los progenitores como causas de inicio en el consumo de sustancias, lo que confirma la estrecha relación entre la existencia de problemas familiares o personales con el consumo de drogas (Larriba, Duran y Suelves, 2006). Se considera importante destacar que, de acuerdo con Arbex (2002), el consumo de sustancias en algunos jóvenes de hoy en día, puede ser debido a las perspectivas negativas de futuro, a los temores asociados al mercado laboral, o a la competitividad de un mundo que va a ritmos muy acelerados. Estas situaciones provocan una tardía emancipación e independencia y una mayor tendencia a la búsqueda de satisfacción, gratificación inmediata y felicidad a corto plazo a través del consumo. Otra de las posibles causas es el pánico al hedonismo, es decir, la forma en la que está estructurada la sociedad moderna genera cierto miedo al aburrimiento, pues la diversión es una necesidad tanto individual como social. El no divertirse conlleva un fuerte deterioro en la autoestima. Según Arbex (2002), la dificultad para soportar el aburrimiento de algunos jóvenes da lugar a la búsqueda de excitación y placer inmediato a través del consumo de drogas. Hay que tener en cuenta que, en la etapa de la juventud, principalmente en los primeros estadios, el futuro se percibe como algo muy lejano, y lo que predomina es el ‘aquí’ y el ‘ahora’, sin pensar demasiado en las consecuencias de sus actos. Si esto se relaciona con las reflexiones anteriores, las drogas son un gran aliado para la excitación y diversión inmediatas. En relación a los datos obtenidos se considera importante hacer referencia a cómo para cada deseo o problema que los individuos puedan tener hay un medio para solucionarlo (para relajarse, para estimularse, para dormir, para aumentar el apetito, etc.). Si esto se aplica a los escenarios en los que los jóvenes se mueven, las drogas son un medio más para lograr esos estados de manera inmediata. Por otro lado, Laespada y Pallares (2001; citado en Arbex, 2002), hablan de cómo desde la sociedad se está potenciando la necesidad inminente de placer, bienestar... dejando

atrás el más mínimo problema y sufrimiento, dando lugar a una baja tolerancia a la frustración, esto se ha observado en algunos de los casos incluidos en la investigación según las opiniones de sus progenitores.

De acuerdo a Rodríguez, Megías y Navarro (2004), el consumo entre los jóvenes también es una forma de acercarse al grupo y sentirse parte de él. Estudios demuestran cómo aquellas personas que se sienten parte de un grupo, se sienten también más felices que aquellas que no pertenecen a ninguno (Moreno y Rodríguez, 2012). De acuerdo con Martínez (2007), el hecho de que los jóvenes quieran formar parte del grupo, ya sea por iniciativa propia o por posibles presiones del entorno, en ocasiones, hace que los jóvenes se adentren en este tipo de conductas. En el grupo de discusión realizado se hicieron varias alusiones a este punto puesto que la percepción de los padres en algunos casos era una baja autoestima por parte de sus hijos, así como la necesidad de aceptación e integración en el grupo.

En relación a los cambios en el funcionamiento familiar a consecuencia del consumo, todos los participantes coinciden en el gran deterioro que sufre la familia debido a las alteraciones de conducta de sus miembros. Tal y como defiende la teoría de sistemas, en el momento en el que el consumo de una sustancia modifica el comportamiento de uno de los miembros de la familia, se van a producir cambios irremediables en el resto del sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1991; citado en Soria, 2010). Por ello, en el abordaje terapéutico del consumo de drogas, es necesario tener en cuenta la reestructuración del sistema familiar, con el fin de recuperar su homeostasis y acabar con las situaciones de violencia (verbal, física, psicológica) y malestar que se generan en la familia (Secades et al., 2011). Otras investigaciones, como la de la Fundación Manantiales (2015), indican cómo en las familias en las que al menos una persona tiene una adicción, es habitual que se presenten alteraciones en las relaciones familiares como: manipulaciones, sobreprotección, codependencia etc., así como que los miembros de dicho sistema experimenten sentimientos de tristeza, angustia, etc., dando lugar a disfunciones en la familia.

Cuando los participantes en el grupo de discusión valoraron el impacto emocional que provocaba el consumo de drogas de alguno de los familiares, se destacaron emociones negativas como la tristeza y la impotencia. Estas emociones son frecuentes debido al fenómeno de la codependencia (Torres, 2007), ya que para los padres es muy complicado canalizar una situación que les afecta, pero su control no depende directamente de ellos, sino del individuo que tiene la adicción. En cuanto a la percepción que tienen los progenitores del impacto social del consumo, estos destacan principalmente el ocasionado en el ámbito laboral. Como comentaban los padres, muchos adictos pierden su empleo por culpa del consumo, aunque, en otras ocasiones, inician el consumo tras la pérdida del empleo.

Los padres mencionan la manera en que se ven afectadas otras áreas como la de ocio y tiempo libre. Cuando hay una adicción, cambian los círculos de amistades, las formas de ocio, las

expectativas de presente y futuro, la percepción sobre lo ético y sobre lo moral etc. De tal manera que, para el individuo adicto, aparece otra realidad muy diferente a la aceptada socialmente, dando lugar a estas problemáticas mencionadas en la investigación. Bien es cierto que conviene señalar, al igual que algunos autores (Pestaña, Sánchez y Sanmartín, 2014), cómo la percepción que tiene la sociedad del ocio y los jóvenes, también en cierto modo reforzada por los medios de comunicación, está asociada a las drogas. De este modo, cada vez resulta más complicado estar en un grupo y no consumir alcohol, tabaco, cannabis u otras drogas, ya que este consumo se ve como parte de las diversiones y la pertenencia a dicho grupo (Salvador, 2009).

Cuando se abordaron con los participantes del grupo de discusión las necesidades que no habían sido cubiertas durante el proceso de recuperación de sus familiares, destacaron la falta de apoyo por el resto de la familia, así como tener que ocultar la situación. Estas dos circunstancias pueden deberse al fuerte estigma social que a día de hoy sigue conllevando la dependencia de sustancias. En muchas ocasiones, dada la asociación que se suele hacer entre consumo y funcionamiento familiar disfuncional o marginalidad, la familia trata de ocultar la situación en la que se encuentra por miedo al rechazo y al estigma de su círculo social más cercano.

Otro de los temas abordados fue el de la prevención del consumo de sustancias entre la gente joven. Todos los progenitores coincidieron en señalar que es un aspecto clave pero que no está funcionando; es útil pero no da los resultados esperados. El hecho de que las familias consideren que no se hace una buena prevención en el ámbito de las drogodependencias podría deberse a que, aunque el mensaje de las campañas preventivas es claro, la mayoría de las veces los emisores de estos mensajes son personas que se encuentran en una situación completamente diferente (personas adultas, que no consumen) a la de los receptores, de tal manera que los mensajes no llegan a los principales interesados. Teniendo en cuenta la percepción de los jóvenes sobre el aquí y el ahora, los mensajes transmitidos por adultos que hablen sobre un futuro inmediato pero no visible, no son suficientes. Por otro lado, los padres también hablan de la necesidad de la prevención en el ámbito familiar, con el fin de que la educación en hábitos de salud se inculque desde la niñez, proporcionando a los padres conocimientos sobre el tema, cómo prevenirlo, cómo abordarlo y cómo afrontarlo. Un ejemplo de este tipo de prevención es el Programa de Atención a Adolescentes y Sus Familias en Situación de Riesgo, promovido por el Centro de Solidaridad de Zaragoza /Tarabidán, en el que se trabaja tanto para empoderar a las familias como para dotar de herramientas a los padres y que estos puedan intervenir de la mejor manera posible en el proceso educativo de los hijos (Gobierno de Aragón, 2015).

En cuanto a las propuestas de mejora de las intervenciones por los progenitores, todas fueron dirigidas al incremento de programas de mejora de la autoestima para los familiares de consumidores

de sustancias, por el deterioro que provoca el trastorno adictivo, así como a la inmediatez en la atención, principalmente en la recepción por parte de los centros. Esta demanda no es, sino, una consecuencia más de los fuertes recortes que se vienen produciendo en los últimos años en los Servicios Sociales Públicos (entre el año 2011 y el año 2013 se recortó un 37,3% en los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas) (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2015). Mientras que, por un lado, se incrementa la demanda, por el otro, disminuye el número de profesionales que atienden a este sector de la población. Esta situación da lugar a grandes listas de espera, a cierta frustración profesional por no poder ejercer de la mejor manera la profesión del Trabajo Social, etc. Los profesionales asisten, sin poder hacer nada, a la desaparición de programas dirigidos a fomentar el bienestar de los consumidores de drogas y sus familias, a pesar de que, por parte de la Administración, se les exige mayor inmediatez en la atención a los usuarios de los recursos.

En este sentido, los participantes en el grupo de discusión, exigieron una mayor implicación por parte de las Instituciones, tal y como viene reclamando gran parte de la ciudadanía, pues las necesidades de bienestar no están siendo cubiertas por los organismos públicos. Las opiniones de las familias se corresponden con la exigencia de mejoras en la dotación de recursos para afrontar, en su caso, el tratamiento integral de las adicciones.

Este Trabajo Fin de Grado no ha estado exento de limitaciones. Por un lado, hay que destacar que, en un primer momento, se iban a realizar entrevistas a usuarios del CMAPA, además de analizar en profundidad las fichas de acogida e historias sociales y la información obtenida en el grupo de discusión. Debido al periodo temporal disponible y al límite de extensión del trabajo, se tomó la decisión de contar únicamente con la información de los progenitores. No cabe duda de que no solo sería conveniente, sino imprescindible, contar con la valoración de los propios individuos dependientes de alguna sustancia para, así, ampliar la visión del impacto que el consumo de drogas ha tenido en su ámbito familiar. Esto podría ser objeto de un nuevo Trabajo Fin de Grado de algún compañero o compañera en próximos cursos.

En cuanto al tamaño de la muestra, habría sido interesante poder analizar un mayor número de casos de usuarios del CMAPA y abarcar un periodo temporal más amplio. No obstante, el haber realizado un muestreo aleatorio estratificado por año (habiéndose escogido los últimos 5 años por ser un periodo temporal marcado por los recortes en Servicios Sociales), ha garantizado que hayan estado representados usuarios del CMAPA demandantes de tratamiento de todos los años (del año 2009 al 2014).

Una tercera limitación, relacionada con el grupo de discusión, ha sido no poder realizar un grupo previo para conocer las áreas de contenido más relevantes a tratar con familiares de consumidores de

sustancias. El diseño de los temas a abordar se basó, por tanto, en la revisión bibliográfica realizada y en la experiencia profesional de la trabajadora social del CMAPA. A pesar de las dificultades inherentes a esta técnica de investigación, es necesario resaltar la colaboración desinteresada y muy positiva de todos los progenitores.

7. CONCLUSIONES

Finalmente se van a exponer las principales conclusiones obtenidas en la presente investigación:

- a. El perfil del usuario del CMAPA de la ciudad de Zaragoza es el de hombre, con una edad media en torno a los 23 años, de nacionalidad española y con estudios básicos. Además, suele vivir con su familia de origen y no presenta antecedentes penales, aunque existe un porcentaje significativo de jóvenes con sanciones administrativas. Por lo que respecta a las características relacionadas con el consumo, la mayoría acuden al recurso por interés propio. La sustancia que está generando mayor demanda de tratamiento en los últimos 6 años es el cannabis (consumo medio de 13 unidades/día) y la vía de administración más habitual es la fumada.
- b. En relación a la evolución en el perfil del usuario del CMAPA en los últimos 6 años, los datos indican diferencias significativas en cuanto al incremento de la edad media con la que se acude al recurso y, además, se observa un descenso en el número de usuarios sin antecedentes penales. En los últimos 3 años se ha duplicado el número de personas con sanciones administrativas.
- c. Por lo que respecta al impacto familiar y social que ha tenido el consumo de sustancias, los padres destacan, como principal causa de inicio en el consumo, la sobreprotección familiar. La conducta adictiva de sus hijos les ha llevado a experimentar emociones negativas, tales como: tristeza, impotencia, dolor, etc. Todos los progenitores perciben fuertes cambios en la vida social de sus hijos al encontrarse en esta situación: hábitos poco saludables, sensación de inmadurez en sus hijos, ocio ligado al consumo, pérdida de empleo, mala gestión del dinero y del tiempo libre, debilitamiento de sus habilidades cognitivas, entre otras cuestiones. Los padres también perciben fuertes cambios en sus propias vidas (disfunciones en la vida familiar y de pareja, empeoramiento de su salud psicológica, codependencia, etc.). Por todo esto, enfatizan la necesidad de mejorar los programas preventivos del consumo de drogas en jóvenes, así como la inmediatez en el tratamiento integral de las personas que padecen esta problemática.

8. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL

A lo largo de este Trabajo Fin de Grado, ha quedado patente que el consumo de sustancias sigue siendo, en la actualidad, una problemática de gran calado social, en especial, por el impacto que tiene en los sectores más jóvenes de la población. Por ello, son muchos los programas, actuaciones e iniciativas propuestas desde el Trabajo Social para hacerle frente. No obstante, como evidencian las estadísticas, y parecen corroborar las opiniones de los familiares, las medidas no están siendo tan efectivas como deberían.

No tendría sentido poner fin a este trabajo sin subrayar tres posibles líneas de actuación desde el Trabajo Social, con el fin de promover un mayor bienestar social a través de iniciativas que sean un camino hacia la consolidación de objetivos como es la reducción del consumo de drogas.

Estas propuestas tienen en común un punto de partida claro: es necesario dotar de recursos suficientes a los Centros Públicos de Servicios Sociales como base para consolidar los procesos de intervención. Es, por ello, fundamental, hacer una breve puntuización sobre la situación en la que se encuentran los Servicios Sociales de nuestra Comunidad Autónoma. De acuerdo a los datos obtenidos por el índice DEC (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2014), Aragón ocupa la novena posición con respecto al resto de Comunidades Autónomas en el desarrollo de los Servicios Sociales. El Gobierno de Aragón financia el 8% del gasto en Servicios Sociales, siendo la media nacional el 28%. Por su parte, el gasto en Servicios Sociales es menor que la media nacional (75,5% frente a una media nacional del 80%). Cabe indicar que, desde el 2012 hasta el año 2014, se han recortado en dicha materia 36 millones de euros (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015). Estos datos refrendan, sin duda alguna, la percepción de profesionales y usuarios acerca del desmantelamiento de los Servicios Sociales al que estamos asistiendo en los últimos años.

Por ello, la puesta en marcha de las tres líneas de actuación pasa, en primer lugar, por aumentar y gestionar de manera más eficiente y eficaz los recursos sociales destinados a las intervenciones en el ámbito de las adicciones. Es importante que se dote a los Centros Públicos de los recursos financieros, técnicos, materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo una adecuada praxis. Las líneas de actuación que se proponen tienen como principales puntos de acción: la prevención comunitaria, la atención con dimensión comunitaria y los nuevos programas dirigidos a la inserción social de las personas que se enfrentan a la problemática del consumo de drogas, así como la coordinación entre diferentes entidades e instituciones.

Hecha esta puntuación, son tres las líneas que se proponen para nuevas intervenciones y que se comentan brevemente a continuación.

8.1. Prevención comunitaria

A pesar de que la prevención no garantiza la desaparición de las conductas adictivas, sí que minimiza su impacto (ej., retrasando la edad de inicio), aunque no en la medida que la sociedad desearía. Por ello, una de las líneas de intervención que se propone, apoyándose en los datos obtenidos en la investigación, es incrementar los programas preventivos de tipo comunitario (familias, escuelas, centros de ocio y tiempo libre, etc.). Además, es necesario poner en marcha nuevas iniciativas que lleguen a todas las personas, teniendo en cuenta a los colectivos que presentan un mayor riesgo. Un ejemplo de este tipo de programas, serían aquellos centrados en el empoderamiento de las familias que ya se están llevando a cabo en algunos lugares de nuestro país (ej., programa FERYA)⁷.

En el caso concreto que nos ocupa, los Servicios Sociales serían la ‘locomotora’ hacia las transformaciones, puesto que son quienes pueden brindar los recursos necesarios: humanos, técnicos, financieros y materiales. Se trataría de una intervención local (en este caso en el barrio del Actur-Rey Fernando), capitaneada por el profesional del Trabajo Social en coordinación con las diferentes entidades, así como con otros profesionales, iniciando los procesos a partir de la propia comunidad porque son quienes mejor conocen el territorio, la población, su historia, etc.

Los progenitores de usuarios del CMAPA que participaron en el grupo de discusión, pusieron de manifiesto la necesidad de implementar actuaciones preventivas a largo plazo y, no solo aquellas de carácter puntual, también aquellas que incluyan a las familias y al resto de la comunidad. En mi opinión, para que se pueda llevar a cabo todo esto, es imprescindible que las propias Administraciones adquieran conciencia de la importancia que tiene la prevención en drogodependencias desde edades tempranas para que, a través de los recursos existentes, se le pueda dar continuidad. No obstante, aunque la responsabilidad última es de las Administraciones, esto no es posible sin el esfuerzo de los profesionales y de la comunidad en su conjunto.

En conclusión, esta primera línea iría dirigida al trabajo de prevención de las drogodependencias **en y con** la comunidad, destacando la importancia de un trabajo preventivo a largo plazo.

8.2. Atención con dimensión comunitaria y elaboración de nuevos programas de inserción social

La atención desde una dimensión comunitaria hace referencia a la incorporación de los recursos naturales de las personas, grupos y comunidad en los procesos de resolución de los problemas sociales

⁷ <http://irefrea.org/proyectos/ferya/>

derivados del uso abusivo de drogas a través de diversas estrategias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). El trabajador social desempeña una función primordial en el diseño e implementación de las estrategias: como movilizador, informador, orientador o dinamizador de la comunidad entre otras cuestiones. Se trata, una vez más, de trabajar en y con la comunidad porque lo que prima en nuestros días es el trabajo social individualizado. De acuerdo a las opiniones recogidas en la investigación realizada, en ocasiones, no es suficiente este trabajo individual puesto que se trata de una problemática en la que inciden muchos más factores, como los familiares o los socio-contextuales.

Tras analizar los datos obtenidos, es necesario destacar la importancia de desarrollar programas específicos del Centro que se adecuen a la problemática de las drogodependencias y otras adicciones. Algunas de las propuestas estarían dirigidas al desarrollo de:

- Talleres de prevención de las drogodependencias dirigidos a padres y madres.
- Talleres para padres de adolescentes (límites, normas, factores de riesgo, etc.)
- Talleres dirigidos a trabajar la autoestima tanto de los usuarios como de los familiares.
- Talleres de búsqueda de empleo de los usuarios con conductas adictivas.
- Talleres que informen sobre posibilidades de ocio y formas de ocupar el tiempo libre de los usuarios con conductas adictivas.
- Talleres en los que se trabaje el manejo de la propia economía de los usuarios con conductas adictivas.
- Programas dirigidos a trabajar los hábitos saludables de los usuarios con conductas adictivas.
- Programas de reestructuración cognitiva dirigidos a los usuarios con conductas adictivas.

En la atención, al igual que en la prevención, la línea de intervención está dirigida a un Trabajo Social Comunitario, en ocasiones muy abandonado por su alto coste a corto plazo, tanto en tiempo como en otros recursos. En cuanto a la implementación de programas y talleres en el centro, se hace referencia a algunos de los demandados por los familiares, tras constatar el impacto del consumo en el ámbito no sólo familiar y personal, sino también en el social.

8.3. Coordinación

Como recoge la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (Boletín Oficial del Estado, 2009, p. 18254) en su artículo 11, “el Sistema de responsabilidad pública funciona de forma integrada y coordinada en red, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley y en la restante normativa reguladora de las actividades de servicios sociales, debiéndose contemplar medidas que garanticen tal funcionamiento mediante el establecimiento de técnicas y protocolos de coordinación”. Es

evidente, por tanto, que la coordinación es una de las claves a la hora de llevar a cabo las intervenciones.

De este modo, las líneas de intervención mencionadas anteriormente no serían viables si no existe una coordinación en diferentes dimensiones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015c):

- Coordinación en el interior de los equipos de trabajo de los diferentes ámbitos como son: Salud, Servicios Sociales, Juventud, Cultura, Educación, Deporte, Trabajo y Seguridad.
- Coordinación intersectorial con otros profesionales con el fin de dar una respuesta conjunta a la hora de llevar a cabo las Políticas y los Programas Integrales.
- Coordinación entre Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados porque es imprescindible elaborar y plantear objetivos compartidos, distribución de tareas y funciones, así como mantener una relación continuada.
- Coordinación con la iniciativa social, haciendo referencia a los agentes que pertenecen al propio tejido social, pues apoyan las actividades y propuestas de los profesionales.

La necesidad de coordinación aumenta en el Trabajo Social Comunitario, puesto que son muchos más los agentes que participan en el proceso de cambio y las líneas de actuación que se proponen van dirigidas a fomentar dicha modalidad del Trabajo Social.

Estas son algunas de las líneas que se proponen, basadas en la evidencia científica y en la experiencia de aquellos que han sufrido y sufren la problemática del consumo de drogas en primera persona, así como en la propia percepción sobre la situación del Trabajo Social y el sistema de Servicios Sociales y las drogodependencias. No obstante, a lo largo de la elaboración de este Trabajo Fin de Grado son muchas las preguntas que me han ido surgiendo y que, personalmente, creo que necesitarían una mayor reflexión por parte de todos: ¿Cuáles son los valores promovidos por el sistema social y cultural? ¿Qué políticas sociales y educativas se llevan a cabo para mejorar la situación de las adicciones? ¿Cuáles son las alternativas? ¿Qué papel ocupa el sujeto? ¿Qué papel desempeñan los profesionales? ¿Qué lugar ocupa la comunidad?

9. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). Libro Blanco. Título de grado en Trabajo Social: Madrid. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders DSM-V. Washington, DC; London, England.
- Arbex, C. (2002). Guía de Intervención: Menores y Consumos de Drogas. Madrid, España: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. (2014). Resultados de la aplicación del índice DEC 2014. Disponible en: <http://xn--spes-espaa-19a.es/web/wp-content/uploads/2014/09/Nota-prensa-IDEC-2014.2.pdf>.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. (2015). Los presupuestos generales del estado para 2015 olvidan a los más necesitados. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/prensa/327-los-presupuestos-generales-del-estado-para-2015-olvidan-a-los-m%C3%A1s-necesitados.html>.
- Ayllón, E., García, C., Olivar, A. y Palmerín, A. (2008). Guía para la prevención del consumo de cannabis en la población vulnerable e inmigrante. Visión diferencial para ambos sexos. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Ayuntamiento de Zaragoza (2015). Datos demográficas 2008 por juntas municipales. Disponible en: <https://www.zaragoza.es/ciudad/estadistica/pobactur.htm>.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación. Barcelona, España.
- Boletín Oficial del Estado (1995, 24 de noviembre). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>.
- Boletín Oficial del Estado (1996, 15 de febrero). Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/rd190-1996.t7.html.
- Boletín Oficial del Estado (2001, 17 de mayo). Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/autonomica/Ley3_2001_ARA.pdf.

Boletín Oficial del Estado (2009, 20 de agosto). Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/08/20/pdfs/BOE-A-2009-13689.pdf>.

Boletín Oficial del Estado (2011, 27 de septiembre). Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>.

Boletín Oficial del Estado (2014, 28 de marzo). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>.

Brizuela del Moral, M. S., Fernández, D. y Murillo, J. A. (2009). Adicciones. Argentina: Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

Caballero, L. (2005). Adicción a la cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A. y Amengual, M. (2015). Actuar es posible. Educación sobre el alcohol. España: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (2013). Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones: Memoria del año 2013. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza.

Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Adicciones, 24, 31-38.

Escartín, M. J. (1992). El sistema familiar y el Trabajo Social. Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social, 1, 55-75.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). European Drug Report 2014: Trends and developments [Versión en español: Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades]. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001ESN.pdf

Fantín, M. B. y Morales de Barbenza, C. (2007). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. San Luis, Argentina: Universidad de San Luis-Argentina.

Fundación Manantiales (2015). Abordaje de las adicciones- Familia. Disponible en: http://www.manantiales.org/abordajes_de_las_adicciones_familia.php.

Gobierno de Aragón (2010). II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016. Departamento de Salud y Consumo. Disponible en:

- [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/IIPlanAutonomicoDrogasAragon.pdf.](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/IIPlanAutonomicoDrogasAragon.pdf)
- Gobierno de Aragón (2015). Centro de Solidaridad de Zaragoza/Tarabidán: Atención a adolescentes y sus familias en situación de riesgo. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia: Zaragoza.
- Guardia, J., Jiménez, M.A., Pascual, P., Flórez, G. y Contel, M. (2007). Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica: SOCIDROGALCOHOL.
- Gutiérrez, A. (2007). Drogodependencias y Trabajo Social. Madrid: Ediciones Académicas.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2008). Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid. Instituto de Adicciones de Madrid Salud: Madrid.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2012). Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. Madrid: Edición digital. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/ProtocoloIntervSocial_2012.pdf.
- Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia (2012). Informe TFW 2011: El desempleo juvenil en tiempo de crisis y sus consecuencias. Madrid: Instituto Internacional de Estudios Sobre la Familia.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Consumo de drogas por frecuencia, tipo de sustancia psicoactiva, periodo y sexo. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a044/a101/l0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>.
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Bilbao, España: Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- Larriba, J., Duran, A. M. y Suelves, J. M. (2006). Moneo. Programa de prevención familiar del consumo de drogas. Barcelona, España: Promoción y Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/Moneo.pdf>.
- López de Ayala, M. C. (2007). El consumo de tecnologías de la información y comunicación en la familia. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Departamento de Ciencias de la Comunicación I, Universidad Rey Juan Carlos, Fuenlabrada, España.
- Martínez, R. (2007). Drogas, adolescentes y medios de comunicación. Barcelona, España: Comunicación e Xuventude.

- McNeill, A. (1999). Alcohol en la familia. Adicciones, 11, 3-6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Guía sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015b). Notas de prensa: Desciende el consumo de la mayoría de las drogas, en especial el tabaco, el alcohol, al cannabis y la cocaína. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2711>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c). Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría1/presenta/home.htm>.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 397- 401.
- Moreno, A. y Rodríguez, E. (2012). Informe 2012. Juventud en España. Madrid, España: Instituto de la Juventud.
- Murillo, O. (2009). Hacia un estilo disciplinario desintoxicado. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 9, 1-30.
- Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2013). Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas. Comisión de Estupefacientes: Viena.
- National Institute on Drug Abuse (2014). Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adicción/abuso-y-adicción-las-drogas>.
- Observatorio Peruano de Drogas (2010). Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas – DEVIDA: Lima.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014). Informe mundial sobre las drogas-2014. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Organización de los Estados Americanos (2006). El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas: Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud.
- Palacios, J.R. y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, pp.5-16.
- Pestaña, B., Sánchez, M. y Sanmartín, A. (2014). Jóvenes y medios de comunicación: El desafío de tener que entenderse. Madrid, España: CENTRO Reina Sofía de Adolescencia y Juventud; Fundación de Ayuda contra la Drogodependencia (FAD).
- Raya, A. F. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. Tesis doctoral, Departamento de Psicología, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.
- Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro, J. (2004). La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004. Madrid, España: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Salvador, T. (2009). Adolescentes y jóvenes: ocio y uso del tiempo libre en España. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Secades, R., Fernández, J. R., García, G. y Al-Halabi, S. (2011). Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos. Diputació de Barcelona: Barcelona.
- Secades, R., Fernández, J. R. y Villacampa, F. (2001). Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo. Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología: Oviedo.
- Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 87-104.
- Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. Anudando. Edición Especial: Familia y Adicciones, 18-20.
- Villalba, C., Grande, B. y Vílchez, I. (2010). Prevención de drogodependencias en el ámbito universitario (Guía con sustancias). Granada, España: Universidad de Granada.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Clasificación de las drogas según la OMS.....	11
Tabla 2. Tipos de estilos de crianza.....	16
Tabla 3. Distribución de la población y la muestra objeto de estudio.....	25
Tabla 4. Cronograma del estudio de investigación social.....	26
Tabla 5. Definición de las variables incluidas en la ficha de acogida.....	27
Tabla 6. Características demográficas de los datos recogidos de las fichas de acogida e historias sociales.....	29
Tabla 7. Características relacionadas con el consumo y la demanda de tratamiento.....	30
Tabla 8. Morbilidad según los datos recogidos de las fichas de acogida e historias sociales.....	34
Tabla 9. Comparación entre grupos en base al año de demanda de tratamiento en el CMAPA.....	35
Gráfico 1. Número de usuarios demandantes de tratamiento en el CMAPA desde el año 2009 al año 2014 (octubre).....	29
Gráfico 2. Situación laboral.....	32
Gráfico 3. Situación de la vivienda.....	33
Gráfico 4. Situación de convivencia.....	33
Gráfico 5. Situación judicial.....	33
Gráfico 6. Atribución del consumo de drogas de sus familiares.....	39
Gráfico 7. Emociones destacadas por los progenitores.....	41

