

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON MENORES CONSUMIDORES EN ZARAGOZA

**Desde la doble perspectiva profesional -
usuario**

Alumna: Ana Biel Cubero

Director: Jesús García Martínez

Zaragoza, septiembre de 2012



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

*"Acepta la responsabilidad de edificarte a ti mismo,
y el valor de acusarte en el fracaso para volver a
empezar otra vez, corrigiéndote"*

Pablo Neruda

*"Por muy larga que sea la tormenta, el sol siempre
vuelve a brillar entre las nubes"*

Khalil Gibran

*"No todo lo que se afronta puede cambiarse, pero
nada puede cambiar hasta que se afronta"*

James Baidwin

AGRADECIMIENTOS

El trabajo que a continuación se presenta, no hubiera sido posible sin la colaboración de otras personas. Mis más profundos agradecimientos:

Al Prof. Jesús García Martínez, director del presente proyecto de fin de grado, por su continua paciencia, esfuerzo y dedicación.

A Jorge, profesional del Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre), por su inestimable e incondicional apoyo, así como por su entera disponibilidad y cercanía a la hora de asesorarme.

A todos los adolescentes que participaron en la investigación.

A Silvia profesional de Trabajo Social del Centro de Atención y Prevención de las Adicciones (CMPA), por su colaboración.

Agradecer a todos aquellos profesores de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, su empeño, cercanía, y su ayuda en la adquisición de nuevos conocimientos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Objeto del trabajo	9
1.2 Metodología empleada:	12
1.3 Estructura del trabajo:	16
2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN	18
2.1 Modelos de intervención social:	18
2.2 Marco teórico-conceptual:	20
2.3 Marco legislativo:	35
3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1 Los profesionales y su intervención con menores consumidores en Zaragoza.	37
3.1.1 Intervención del trabajador social del recurso CMPA:	37
3.1.2 Intervención de los profesionales del Centro de Solidaridad (PROYECTO HOMBRE):	43
3.1.3 Comparativa sobre las líneas de actuación desde la intervención social (cuadro resumen tras el análisis interpretativo)	47
3.2 La problemática del menor consumidor.	51
3.2.1 Datos básicos de los menores consumidores:	52
3.2.2 Drogas consumidas y características del consumo:	58
3.2.3 La droga como condicionante.	66
3.2.4 Opinión de los menores sobre las intervenciones recibidas en el Centro de Solidaridad.	69
3.3 Evaluación de la calidad en cuanto a las intervenciones llevadas a cabo en ambos recursos (CMPA y Centro de Solidaridad)	76
3.3.1 La importancia de la coordinación con otras instituciones:	79
4. CONCLUSIONES	81

4.1 Propuestas de actuación:	84
5. BIBLIOGRAFÍA	86
5.1 WEB GRAFÍA:	88
5.2 LEGISLACIÓN CONSULTADA:	88
6. INDICE DE MAPAS CONCEPTUALES	88
7. INDICE DE TABLAS	88
8. INDICE DE GRÁFICOS	89
9. ANEXOS.....	89

1. INTRODUCCIÓN

El periodo de la adolescencia es impreciso, debido al comienzo precoz de la pubertad y a la prolongación del tiempo hasta que el joven comienza la vida adulta. Por tanto, es una etapa de la vida difícil, complicada, llena de riesgos y cambios.

Hoy en día existe una gran preocupación social debido a que el consumo de drogas se está iniciando cada vez en edades más tempranas, dado el aumento de la oferta, disponibilidad y facilidad de acceso a las mismas. Todo ello añadido a los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que se producen en estos años, conlleva a la aparición de situaciones de riesgo que en determinados casos derivará hacia comportamientos delictivos y antisociales así como a dependencias futuras con la droga, a la falta de autocontrol, inestabilidad, ansiedad, depresión y muchos otros problemas que derivan en un mayor consumo de sustancias, para evadirse de la realidad en la que se desenvuelve.

Para evitar dichas situaciones es necesario trabajar con este colectivo de forma eficaz, lo cual contribuirá a una mejora de estos jóvenes ante dicha problemática. Para acercarnos a esta realidad es importante conocer la intervención profesional, saber cómo actúan e identificar las líneas de actuación utilizadas durante el tratamiento con menores consumidores.

Desde el Trabajo Social se hace preciso la realización de investigaciones orientadas al estudio de distintos ámbitos, con el fin de realizar reflexiones y análisis al respecto, para dar lugar a una buena intervención, lo cual beneficiará directamente a los usuarios proporcionándoles una mejora en su calidad de vida.

En Zaragoza existen tres recursos que trabajan con menores consumidores: CENTRO DE SOLIDARIDAD (Proyecto Hombre), CMPA (Centro de Atención y Prevención de las Adicciones) y CRUZ ROJA.

Es por ello que, en el intento de dar respuesta a la situación de la que partimos, esta investigación pretende indagar y analizar las intervenciones que ejercen los profesionales de estos recursos con menores consumidores entre 14 y 18 años y, a su vez, acercarnos a la realidad en la que vive y se desenvuelve el menor, a través del conocimiento sobre sus expectativas, causas y consecuencias que le conllevan al consumo, junto con otros aspectos que puedan influir en la actitud de estos menores. Por otro lado es necesario conocer la visión que tienen los usuarios respecto al recurso al que asisten.

Debido a la importancia de este fenómeno de gran interés social, se debe partir del estudio de esta realidad llevando a cabo una interpretación de las intervenciones realizadas en dos de los recursos anteriormente mencionados (CMPA y Centro de Solidaridad), bajo la aplicación de los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, para poder desarrollar un intento de labor de análisis y evaluación de la eficacia basada en la motivación, implicación, formación y participación de los propios profesionales.

Durante la investigación se ha constatado que el papel desarrollado por los propios profesionales que trabajan con este colectivo es complejo, ya que para los menores la droga es una vía de escape como forma de evasión de aquellos problemas que generalmente no son capaces de superar por sí mismos. Los propios profesionales son lo que tienen que ser capaces de establecer una relación de confianza mutua, para comenzar el proceso y poder dar lugar a una posible solución a dicha problemática.

Por esta razón es necesario seguir contribuyendo al estudio de las relaciones de ayuda que se establecen entre este tipo de recursos con los menores con problemas adictivos, valorando y enfatizando la figura de estos profesionales como agentes responsables de prevención y posible actuación ante casos de uso y abuso de drogas. Resulta por tanto de gran interés cómo se está llevando a cabo estas actuaciones desde los recursos especializados de Zaragoza, sobre todo desde la aportación del Trabajo Social, aunque las acciones se ejecuten entre equipos interdisciplinares.

La intervención desde estos equipos se articula en torno a la consecución del bienestar biológico, psicológico y social del sujeto, por lo que desde nuestra disciplina no puede obviarse trabajar teniendo en cuenta los distintos factores de riesgo (del sujeto, de la droga y del contexto), así como los recursos del menor para hacer frente a estos efectos, y poder tomar así decisiones que los conviertan en los propios agentes de afrontamiento y cambio de su situación (MAYOR, 1995).

Como puede comprobarse, en este marco de intervención en adicciones surge la necesidad de un profesional que logre visualizar diversos factores psicosociales que inciden en este proceso, para no correr el riesgo de caer en un reduccionismo de la persona o no considerar otros elementos que puedan influir o condicionar la situación a tratar. Por este y otros motivos, los trabajadores sociales se convierten en profesionales indispensables durante la intervención consiguiendo un impacto real en las personas, familias y comunidades y como no, en los propios adolescentes quienes, por la etapa que están viviendo, les llevan a situaciones de indefensión y vulnerabilidad a la hora de llevar a cabo su proceso de maduración e integración social.

Se trata de un largo camino en el que los profesionales resultan un importante recurso donde los menores puedan encontrar no sólo la solución, sino también un elemento de gran apoyo social. No se trata de esconder o tapar el problema sino de sacarlo a la luz y trabajarlo. Este estudio pretende dar un mayor énfasis a todos estos aspectos que permita, asimismo, desplegar el conocimiento de la situación que muchos jóvenes viven en la actualidad y cómo son atendidos desde los diferentes recursos que Zaragoza pone a su alcance en el intento de ofrecer alternativas de tratamiento, rehabilitación y prevención de las drogodependencias y otras adicciones, desde la atención integral a estos jóvenes y sus familias.

Esta investigación pretende apoyar algunos conocimientos científicos, y acercar a la población a una problemática que cada día está perjudicando a más menores y familias. Los factores sociales son complejos, interactivos y difíciles de separar.

1.1 Objeto del trabajo

Se pretende realizar es una investigación acerca de cómo es la intervención del trabajo social, con menores de 14 a 18 años consumidores de sustancias, en Zaragoza. Es decir, evaluar la intervención que realiza el profesional y conocer la realidad y visión del menor ante estos recursos.

Cuando se habla de menores, se establece dicho intervalo de edad porque aunque el consumo sea previo a estos años, la adicción se empieza a desarrollar normalmente durante este periodo. Se trata de un sector con el que hay que intervenir cuanto antes, de ahí la necesidad de actuar de manera correcta y eficaz, para lograr que los menores estén a tiempo de recuperarse y consigan una normalización en sus vidas. Si se alarga el problema o se esconde, no se está favoreciendo el bienestar del menor.

Los adolescentes se encuentran en una etapa vital difícil donde se producen constantes cambios, y como consecuencia de éstos se surge el posible riesgo de consumir drogas.

Los ámbitos donde suelen detectarse menores consumidores pueden ser educativos, sanitarios, en protección de menores o en los propios servicios sociales. Desde estos servicios no existe una intervención específica ya que el caso se valora y se produce una derivación a los recursos especializados, los cuales conocen y trabajan esta problemática.

Para alcanzar una intervención eficaz, entre otras cosas, existe la necesidad de coordinación entre el servicio en el cual se ha producido la demanda, y el recurso especializado del que hace uso el menor afectado por el consumo de drogas.

La clasificación de los objetivos que se pretenden conseguir a lo largo de esta investigación social es:

OBJETIVOS GENERALES

A.1- Analizar y evaluar las intervenciones desde el Trabajo Social con menores consumidores en Zaragoza.

A.2- Conocer las características del menor consumidor, y su percepción sobre los centros especializados utilizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A.1.1- Analizar las intervenciones de los trabajadores sociales en estos centros.

A.1.2- Identificar las carencias detectadas por los profesionales del Trabajo Social en la intervención con menores consumidores.

A.2.1- Conocer las causas, consecuencias y otros aspectos que incidan en la problemática del menor consumidor.

A.2.2- Comprobar la eficacia de estos recursos desde la percepción del menor consumidor.

Planteamiento de hipótesis:

HIPÓTESIS 1

No existe un seguimiento realizado al menor consumidor y a su entorno por los centros especializados debido a la falta de tiempo y de personal.

Durante el proceso que se lleva a cabo en los recursos especializados estudiados, el seguimiento es positivo y eficaz.

Se verifica: Debido a que existe falta de tiempo y de personal no se lleva a cabo un buen seguimiento ya que se da por hecho que el menor ha conseguido los objetivos propuestos por el equipo multidisciplinar, quedando recuperado de los problemas iniciales como el consumo de sustancias, problemas familiares, etc., dejando de lado un seguimiento posterior al tratamiento.

HIPÓTESIS 2

La permisividad que proporcionan los padres a los hijos es una de las principales causas que conllevan al consumo.

Se verifica: Los referentes paternos muestran una excesiva permisividad en los modelos educativos, algo que conlleva a que estos jóvenes sean más vulnerables ante el consumo de sustancias.

Por otra parte, a nivel social también se evidencia la alta permisividad de estas sustancias lo cual genera riesgos en las conductas del menor.

HIPÓTESIS 3

La mayoría de los hijos de padres consumidores o ex consumidores reproducen el consumo de sus progenitores por imitación.

Se verifica: Aquellos menores pertenecientes a entornos favorables al consumo de drogas muestran una reproducción de estas conductas a lo largo de su vida.

Según los resultados obtenidos, un alto porcentaje reproduce el consumo de sus progenitores o hermanos, el resto no tienen antecedentes consumidores. Por tanto, puede decirse que la familia influye en la forma de actuar del menor.

1.2 Metodología empleada:

La investigación que se pretende realizar es de carácter social, ya que constituye un proceso en el que se aplica el método y las técnicas necesarias al estudio de situaciones o problemas de la realidad social en la que nos encontramos, buscando ampliar conocimientos dentro del campo de las ciencias sociales a partir de este tipo de estudios.

Como toda investigación social ha de partir de la existencia de una situación o problema, en este caso, el inicio del consumo de drogas en edades cada vez más tempranas. Por tanto, este estudio está encaminado a conocer las

características del menor consumidor, junto con su percepción sobre uno de los recursos especializados utilizados en Zaragoza; así como a evaluar las intervenciones de los profesionales con menores consumidores en dos de estos centros (Centro de Solidaridad y CMPA).

Para realizar la investigación combinaremos dos tipos de metodología: cuantitativa y cualitativa.

Cuantitativa: Este tipo de metodología se caracteriza por la definición y delimitación del problema a estudiar, saber dónde se inicia, cuál es su dirección y qué tipo de incidencia existe en la misma. (SIERRA BRAVO R. 1995)

La técnica que se va a llevar a cabo va a ser el cuestionario. A través de éste, se tratará de estudiar aspectos que tengan que ver con las características del menor consumidor y su percepción sobre los recursos especializados utilizados en Zaragoza.

El cuestionario se realizará a una población muestra de 20 menores consumidores que asisten a terapias en el Centro de Solidaridad. Una vez analizados los datos, se procederá a la realización de unos determinados gráficos para plasmar los resultados obtenidos.

El proceso de diseño de cuestionarios, fue realizado atendiendo a una serie de elementos teóricos enfocados a los aspectos que se precisan analizar. Antes de diseñar los cuestionarios, fue necesario determinar si éstos constarían de preguntas abiertas, cerradas o ambas, o cómo sería el orden lógico de las cuestiones así como su presentación. En este caso, se decidió establecer preguntas abiertas y cerradas.

Es importante agrupar las preguntas en secciones lógicas, por ello debe haber más de una categoría para cada posible respuesta, ya que si se omite una opción, se puede estar forzando a quien responde a contestar de manera que no refleje su respuesta. Por este motivo, en ocasiones se abre una opción de "otros". (Véase anexo nº3)

Cualitativa: En ella se trata de recopilar datos desde una perspectiva interpretativa. Lo que se pretende con este tipo de metodología es analizar en profundidad las intervenciones que están llevando a cabo los trabajadores sociales en estos centros especializados para comprobar su eficacia.

Para trabajar esta perspectiva se contará con una técnica cualitativa como es la entrevista. Por medio de la misma, se creará el primer vínculo entre entrevistador e informantes. Se tratará por tanto de obtener respuestas personales, no sugeridas y veraces, las cuales se ajustarán a la realidad del entrevistado, con la finalidad de obtener información más completa y profunda de esta situación (Ibídem, p. 355) Lo que se pretende conseguir con la entrevista es, conocer la intervención de los profesionales con menores consumidores, es decir, nivel de implicación, cómo desarrollan el trabajo con este colectivo en concreto desde el centro donde trabaja, tratando de indagar sobre aquellas carencias con las que éstos se encuentran a la hora de realizar su trabajo con situaciones de este tipo.

Las entrevistas, las cuales constarán de preguntas abiertas y cerradas, se realizarán a dos trabajadores sociales de recursos especializados como Cempa y Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre).

Por supuesto, en todo momento se tendrá en cuenta la confidencialidad y, a poder ser, las entrevistas serán grabadas para facilitarme el trabajo a la hora de redactar las transcripciones. Una vez obtenidas las respuestas de los

profesionales, realizaré una interpretación de las entrevistas con los aspectos más relevantes para comprobar la eficacia de la intervención.

A continuación se presentan las limitaciones que se han encontrado durante la realización del proyecto de investigación:

Para esta investigación, el planteamiento inicial suponía abarcar los tres centros existentes en la localidad de Zaragoza que trabajan con menores consumidores: Cruz Roja, CMPA, y Centro de Solidaridad, con el fin de comparar y estudiar la eficacia de las intervenciones entre profesional-usuario desde la perspectiva del Trabajo Social.

Una de las principales limitaciones que han existido es que la entrevista con el profesional de Cruz Roja fue escueta e informal debido a la falta de tiempo de éste, por tanto no se ha adjuntado ni se ha hecho ningún tipo de interpretación sobre ella.

Por otro lado, el recurso especializado CMPA se ha mantenido muy abierto a la hora de llevar a cabo la entrevista, pero no ha permitido la realización de cuestionarios a una población muestra de los adolescentes que asisten al centro con problemas de consumo de sustancias. El hecho de que CMPA haya colaborado al facilitar la realización de una entrevista formal, ha hecho que se incluya en la investigación y se interprete asimismo parte de esa información proporcionada.

En este sentido, no se ha podido desarrollar la investigación tal y como se pretendía debido a las limitaciones antes expuestas, pero gracias a la colaboración del Centro de Solidaridad por parte del profesional y el grupo de adolescentes que han participado en responder a los cuestionarios, se ha podido realizar una investigación sobre este recurso y su eficacia. Es importante mencionar que el profesional que prestó información de este centro es educador social, sin embargo y desde inicio de la entrevista, se

dejó claro que la información requerida se pedía desde la perspectiva del trabajo social y su desempeño con los menores consumidores. Debido a su experiencia y a su continuo trabajo con profesionales dedicados a la profesión, su colaboración fue de gran utilidad para este estudio.

Por último, un aspecto relevante a destacar es que las entrevistas no han podido ser registradas de manera exhaustiva, ya que no se ha podido realizar una grabación de estas, aunque sí se ha podido representar una información veraz y significativa que nos acerca a la realidad que pasamos a describir.

1.3 Estructura del trabajo:

El desarrollo del trabajo constará de tres grandes apartados:

- ❖ Introducción: Aquí queda plasmada una presentación general junto con una justificación del tema elegido, referente a los menores consumidores en la localidad de Zaragoza. También se refleja el objeto de estudio y la metodología utilizada, incluyendo los dos tipos de investigación cualitativa y cuantitativa junto con sus respectivas técnicas: entrevistas y cuestionarios. También constan: las hipótesis planteadas inicialmente y su posterior verificación o refutación, junto con las limitaciones que han surgido a lo largo del procedimiento de investigación.
- ❖ Capítulos de fundamentación: Se ha tratado de reflejar el marco legislativo de manera sintética en cuanto a lo referente a menores consumidores y el marco teórico-conceptual en el cual se basa el trabajo.
- ❖ Capítulos de desarrollo: Se establecen los resultados de la investigación cualitativa y cuantitativa, y consta de:

-Un análisis de las dos entrevistas realizadas en los diferentes recursos especializados ya citados.

-Un análisis e interpretación de los cuestionarios realizados con una breve descripción de la población muestra, y el análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios realizados en el Centro de Solidaridad a menores consumidores usuarios del servicio.

-Interpretación sobre la intervención profesional y los resultados obtenidos a través de los cuestionarios del Centro de Solidaridad.

-Conclusiones: Se trata de realizar una breve síntesis sobre los aspectos más concretos y relevantes de todo el proceso de investigación proporcionando, a su vez, una serie de propuestas para mejorar la problemática detectada en mi investigación.

-Bibliografía: todos aquellos libros, artículos... utilizados para la realización del trabajo.

-Anexos: transcripciones de entrevistas, áreas en las que se centra el recurso Centro de Solidaridad a la hora de realizar el diagnóstico, etc.

2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN

2.1 Modelos de intervención social:

Toda intervención pretende un tratamiento integral del consumo de drogas de los menores, mediante cambios que se abordan desde diferentes metodologías. Se realiza a través de un enfoque humanista en la intervención, con una base educativa que potencia la autonomía personal del mismo.

CMPA y Centro de Solidaridad utilizan estrategias de intervención social basadas en ciertos enfoques teóricos dirigidos a conocer en mayor medida las necesidades y problemáticas de sus usuarios dentro de una sociedad en continuo y vertiginoso cambio.

De todos los modelos teóricos¹, podríamos aproximar la intervención que se realiza desde estos recursos a los siguientes:

Modelo de intervención en crisis:

Es necesaria la intervención profesional ya que el individuo se enfrenta a situaciones difíciles pero temporales y no puede resolver los problemas emergentes con sus recursos habituales.

VISCARRET J.J (2007) comenta que la intervención se basa en disminuir el estrés del cual padece una persona cuando se encuentra ante una situación que desestabiliza su equilibrio normal. Por tanto, los profesionales tienen que actuar para reorganizar el equilibrio a través de sus capacidades de respuesta. Se trata de fortalecer a la persona en sus intentos de afrontar esos problemas por medio de ayuda terapéutica.

¹ Modelos teóricos: conjunto de principios que rigen la acción y que están referidos a un campo particular de problemáticas o situaciones o también comúnmente se entiende por modelo una construcción simplificada de la realidad. DE PEDRO HERRERA D., *Conceptos, teorías y métodos del Trabajo Social: Tema 2 modelos*, Universidad de Zaragoza, Apuntes del curso 2008-2009.

Desde el trabajo social en estos casos hay que ayudar a la persona en crisis para que logre un estado tolerable de confort emocional, para que pueda afrontar su situación y obtenga así un conocimiento más efectivo de lo que le pasa. Se trata de que la persona se enfrente a esos síntomas negativos y utilice una red de recursos y relaciones apropiadas, para la solución de su problema.

Modelo sistémico

La actuación del profesional conlleva al cambio del individuo, pero no solo se centra en él sino también en su familia. De esta manera, también está centrada tanto en lo micro (familia, individuo, exosistema) como en lo macro (valores, leyes...), estudiando el entorno social y su impacto.

Este modelo concretamente en la intervención con familias estudia la problemática en el contexto en el que se desarrolla, estudiando el conjunto, las comunicaciones que se producen, y el equilibrio del individuo inmerso en un cambio continuo.

VISCARRET J.J (2007) de acuerdo con otros autores expresa que desde este modelo el propósito del Trabajo Social está dirigido a mejorar aquellas capacidades de las personas que impiden poner solución a los problemas, enlazar a las personas afectadas con sistemas que presten servicios y recursos, y contribuir a mejorar el desarrollo y política social.

Modelo ecológico:

Este modelo busca la atención del individuo actuando con la persona y su entorno social, tratando de analizar la interdependencia existente entre su propio sistema y los distintos sistemas que configuran su entorno.

Se utilizan los principios metodológicos del modelo ecológico del desarrollo humano: la conducta de una persona es la combinación de sus rasgos y habilidades con el ambiente.

Modelo de modificación de conducta:

Este modelo tal y como expresa VISCARRET J.J (2007, p.118) se basa en que el profesional fija los objetivos de su intervención para tratar de obtener, disminuir, o reforzar aquellas conductas del usuario que conllevan a un problema. *"Las actividades del trabajador social en este modelo tienen como objetivo facilitar el cambio o establecimiento de una conducta. El profesional enseña al usuario cómo actuar sobre las variables que condicionan una determinada conducta"*.

Por tanto, las intervenciones se basan en el aquí y ahora, la función del trabajador social es realizar un estudio e investigación para determinar los hechos que provocan la aparición de esa conducta-problema.

El tratamiento se basa en las siguientes fases: identificar la conducta-problema, conocer las condiciones que controlan los problemas de conducta, asignación de grupo terapéutico, selección de metas y planificar el tratamiento.

Por último es importante citar que en las intervenciones con los pacientes se adopta también el enfoque psicosocial en el cual, el usuario debe ser consciente de su problemática; se atienden las causas que se reconocen tanto en la propia personalidad del individuo como en el medio exterior.

2.2 Marco teórico-conceptual:

Hoy en día, a pesar de todos los esfuerzos que se llevan a cabo desde todas las instancias el consumo de drogas sigue permaneciendo, por esta razón es importante realizar un marco teórico para el desarrollo de la investigación.

Según GRACIA BALLARÍN, J.M. (1990) el problema actual es que muchos jóvenes inician el consumo en edades muy tempranas y las motivaciones

para este inicio guardan relación con estados y situaciones propias de la juventud.

Antes de desarrollar la relación de los adolescentes con el consumo de drogas, se van a citar algunos conceptos clave los cuales, nos ayudarán a acercarnos a la realidad problemática.

En primer lugar, aclarar que cuando nos referimos a consumo de drogas según la FAD (1997) se distinguen varios tipos de consumo:

-Consumo experimental: Se trata de las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales existe la posibilidad de abandono o continuidad en los consumos.

-Consumo ocasional: el uso intermitente de la sustancia sin que exista una periodicidad fija, produciéndose largos intervalos de abstinencia.

-Consumo habitual: utilización frecuente de la droga. Ésta se usa tanto con el grupo de iguales como de manera individual. Los efectos son conocidos y buscados por la persona, la cual cree no haber perdido el control sobre su propia conducta y manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

-Consumo compulsivo o drogodependencia: el individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que ello pueda ocasionar.

Existen muchos tipos de consumo, pero en relación con el tema a investigar, tendremos que hacer hincapié en dos tipos más. El primero sería el consumo problemático, aquel que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Aquí podríamos incluir un ejemplo de los

menores consumidores, cuando el consumo da lugar a la falta de autocontrol, y a la conflictividad familiar. El segundo es el consumo social, como es el hecho de beber en compañía. Por tanto, es aquel consumo de bebidas alcohólicas que se ajusta a la costumbre social, principalmente en compañía de otras personas y solo por motivos y formas socialmente aceptables, es decir, un consumo socialmente integrado. Un claro ejemplo de este consumo en menores consumidores, es cuando se reúnen el fin de semana para realizar botellón.

Según CASTILLO, GALLEGO, Y SANTIAGO (2001) el "botellón" se trata de un fenómeno social el cual se centra en la juventud pero afecta a toda la sociedad. Está relacionado con nuevos estilos de comportamientos y con las formas de ocio.

Por tanto, el "botellón" surge en forma de concentraciones de grupos de amigos/as dentro de la población adolescente, que quieren bebidas alcohólicas y otras drogas para consumir en espacios abiertos y amplios como plazas o jardines, normalmente cercanos a los lugares de "marcha" nocturna.

Estos autores, manifiestan que este fenómeno del "botellón" tiene un carácter social, ya que dichos jóvenes no asisten solo a beber sino también a relacionarse con gente (cuantos más mejor) en un ambiente nocturno por intereses factibles pero comunes al resto de adolescentes. Por tanto, estos menores manifiestan estas conductas de consumo y utilizan estos espacios como medio para relacionarse.

Una vez explicado que es el consumo junto con sus tipologías, se dará paso al concepto de drogas, puesto que van unidos.

En el lenguaje coloquial, según la WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008, p.33), se trata de "*sustancias psicoactivas y de forma más concreta, de*

drogas ilegales". Entre éstas podemos encontrar: drogas de diseño "sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias controladas", y drogas de inicio "drogas legales o ilegales que abren el camino al consumo, consideradas normalmente más problemáticas"

Dicho esto, para acercarnos a la realidad investigada es importante destacar algunos aspectos de la memoria 2011, del Programa de intervención en situaciones de riesgo con jóvenes y sus familias (Centro de Solidaridad) en Zaragoza. De 228 atenciones a menores consumidores; Un 100% de los chavales consumen tabaco, estando la media de inicio en 13,21 años. Otro 100% bebe alcohol cuya media de inicio es 13, 55 años, un 99.56% consume cannabis encontrando la media de inicio en 13,9 años. El "speed" se situaría en un 38.15% y la cocaína se situaría en un 35,52% siendo la media de inicio 16, 12 años aproximadamente.

Por tanto, las drogas más consumidas por los menores de Zaragoza que han acudido a este centro son: tabaco, alcohol y cannabis.²

² Tabaco: "Preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina." WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008, p.60)

Alcohol: "*Sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos*" WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008, p.15)

Cannabis: "*Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), *Cannabis sativa*. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís*" WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008, p.23)

El cannabis, es una droga muy utilizada por los menores como hemos visto, y hay que ser conscientes de los efectos que pueden tener. Según la WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) pueden dar lugar a sensaciones de euforia, retraimiento social, ansiedad, desconfianza, ideas paranoides, apatía en otros, y puede afectar a: la memoria, capacidad de atención, tiempo de reacción, coordinación.

GAMELLA Y JIMENEZ (2003), comentan que los consumidores diarios de cannabis no solo suelen fumar con más gente sino que también fuman más a menudo en solitario, asimismo los fumadores intensivos pueden hacerlo con cualquiera, incluso con desconocidos.

Pese al daño mental que puede producir el consumo de cannabis, los adolescentes creen que esta droga conlleva menos riesgos que otras sustancias ilegales o legales como el tabaco o el alcohol. Sin embargo, el hachís provoca sobre todo alteraciones cognitivas, fundamentalmente la pérdida de memoria. Es una droga incorrectamente infravalorada por muchos jóvenes, quienes no son conscientes del riesgo que esta sustancia supone para su salud porque su consumo se banaliza.

En cuanto a las motivaciones del consumo de drogas, cabe decir que hacen referencia a la facultad de decidir y ordenar la propia conducta para aproximarse a las drogas y al estilo de vida que se asocia su consumo. El grupo de iguales, la búsqueda de identidad y libertad, las inquietudes, las necesidades personales y sociales...tienen un papel destacado, su actitud influirá en el grado de motivación.

Con frecuencia la diversión, como motivo para consumir drogas, enmascara la necesidad que tienen muchos adolescentes de relajarse y de evadirse de los problemas. Por ello, aunque en muchos casos el inicio del consumo responda a otras motivaciones (curiosidad...) la reiteración de los mismos

obedece a la necesidad de evadirse de los problemas personales, familiares o educativos. Esta forma inadecuada de afrontamiento de los problemas y tensiones de la vida cotidiana explica por qué en muchos casos los consumos experimentales u ocasionales comienzan a hacerse habituales.

Las drogas pueden causar *tres repercusiones a nivel personal:*

-Falta de autocontrol ante la droga es decir, no existe una capacidad para controlar la cantidad y la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Según GARCÍA.P (2008) cuando una persona empieza a consumir drogas a temprana edad, hay una parte del cerebro que no está desarrollada, y es la que se encarga del autocontrol, de la capacidad de reflexión o de la paciencia. Esa parte se desarrolla hasta los veintiún años; sin embargo, si antes de esa edad se le agrede con sustancias psicoactivas como la marihuana..., la falta de autocontrol puede tener consecuencias importantes y no solo dañarse el menor si no que sea otra persona la dañada.

-Dependencia psíquica, esto es, *"compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar"* o física *"estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma"*³

³ <http://www.bibliotecabombelli.org.ar/biblioteca/drogas.htm> (Fecha de consulta: 01/03/12)

-La recaída volver a consumir tras un *periodo de abstinencia*⁴. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008 p.54)

Adentrándonos un poco más en la realidad existente y en el perfil de estos menores, los usos de drogas han ido cambiando, así como la percepción social de las mismas junto con el inicio temprano de variedad de sustancias, encontrándonos con chicos/as que tienen un estilo de vida en el que el riesgo está presente en una variedad de comportamientos.

También expresar que *"existen minorías de jóvenes que banalizan los riesgos de los consumos, y que probablemente en esas minorías se encuentre el caldo de cultivo de algunos consumos problemáticos: pero también en los diferentes estudios se comprueba que existen otro tipo de consumidores, posiblemente en otra situación personal, grupal y social que, reconociendo los riesgos potenciales, sin minimizarlos, apuestan por determinados tipos de uso de drogas"*. (RODRIGUEZ, E. et al. 2008, p. 23)

El uso de drogas en los menores, suele ir acompañado de una serie de comportamientos problemáticos como; el fracaso escolar, crisis de adolescentes, violencia... lo que repercute en la capacidad del chico/a para afrontar los problemas de la vida. El rendimiento escolar puede ser un factor para detectar posibles problemáticas comportamentales, ya que por ejemplo en los últimos años, se está produciendo un aumento de repetidores de curso y abandono de estudios careciendo de titulaciones.

Por otro lado, se puede percibir como en esta franja de edad se produce una inadaptación social de los jóvenes. Según GÓNZALEZ S. (2006) la debemos

⁴ Periodo de abstinencia: en el momento en que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

entender como el proceso por el cual determinados comportamientos y pensamientos de las personas o grupos, se encuentran fuera de las normas socialmente aceptadas en ese momento⁵.

Se debe de tener presente que en la familia, como en la escuela... se determina de forma significativa la socialización del menor y por tanto su adaptación o inadaptación y su integración o exclusión.

Estamos ante chicos/as que están sujetos a cambios constantes precisando la disminución y desaparición del consumo de sustancias, pero también es importantísimo actuar de acuerdo a la familia, o al adulto de referencia.

Como comenta SANCHEZ RAMOS. J.M (2011, p.44) *la familia* constituye un elemento fundamental en la construcción de la persona del menor, ya que la identidad se forma desde el seno de esta. *"Lo vivido en el seno de un ambiente familiar, constituye la urdimbre de la existencia"*. Es un importante instrumento educativo ya que ejerce una gran influencia en la formación del ser, *"así el chico/a podrá alcanzar el equilibrio social, la madurez intelectual, psicológica y física. En la creación del individuo y su búsqueda del yo, ésta ejercerá un fuerte impacto"* (Ibídem, p.46)

En este sentido, según LAESPADA, M.T. (2005) también se encuentran menores que se podrían caracterizar más vulnerables, ya que se trata de adolescentes que tienen condiciones personales, sociales, ambientales, culturales, sin apoyos necesarios para su protección y sostenimiento social, lo cual hace peligrar el desarrollo de sus habilidades y competencias como miembros de un conjunto social.

Para fortalecer la autonomía del menor, hay que establecer una serie de normas y unas consecuencias por si éstas son incumplidas.

⁵ Extraído del libro: SANCHEZ RAMOS, J.M, "Tesis doctoral, Un recurso de integración social para niños/as adolescentes en situación de riesgo", Universidad de Granada, 2011, p.44.

Si los padres tienen dificultades para manejar los conflictos, es probable que los hijos también las tengan. Los menores con problemas al controlar los impulsos tienden a producir comportamientos conflictivos; peleas, bajo rendimiento escolar, consumo de drogas...

No hay que olvidarse que estos menores se encuentran en una etapa de adolescencia donde destaca; la búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, contradicciones a la hora de manifestar su conducta y estado anímico, y relaciones conflictivas entre otras cosas.

Con estos cambios se puede intuir como los adolescentes, están inmersos en ambientes y conductas de riesgo y por tanto, existe la probabilidad de que se lleven a cabo situaciones indeseables.

Si además, el adolescente se desenvuelve en entornos marginales o conflictivos, la probabilidad de la existencia de riesgo (como el caer en el consumo de las drogas) aumenta.

Los padres o personas de referencia deben de proporcionar al menor afecto, interés hacia sus cosas, transmitir normas y pautas de conductas, y valores sociales que les ayuden a orientarse y actuar en su vida. Por tanto, estas figuras ocupan un papel clave en la prevención del uso de drogas, puesto que la prevención es un proceso educativo mediante el cual, facilita al menor los conocimientos, destrezas y habilidades que les ayudarán a enfrentarse con mayor o menor éxito a los retos y dificultades de la vida cotidiana, entre los que se incluye la posibilidad del consumo de drogas.

En este periodo de adolescencia, como indica GRACIA BALLARÍN, J.M (1990) el inicio de consumo está relacionado con el empleo del tiempo libre y vivir

el ocio junto con su grupo de iguales, en definitiva tratan de ser protagonistas.

Según M.T LAESPADA (2005) existen una serie de factores de riesgo sociales que pueden conllevar a que el menor consuma, los cuales, podríamos clasificarlos de la siguiente manera:

-Influencia del grupo de iguales: la creación de amistades, forma parte del proceso de socialización. En la etapa de adolescencia, es una necesidad ya que se requiere de la amistad en momentos concretos como por ejemplo; momentos de inseguridad, búsqueda de autoafirmación... ya que existe una emancipación de la protección paterna. Por tanto el encontrar un grupo de amistades, proporciona al adolescente mayor confianza y seguridad en sí mismo, ya que recibe la aprobación de otros, su apoyo, y su estímulo. Los problemas pueden provenir cuando existan exigencias peligrosas en el grupo como el consumo de drogas. En el que a veces, por no tener ciertas habilidades de autoafirmación, y seguridad, y miedo a que sean excluidos del grupo ejercen unas conductas incorrectas.

-Influencia de la escuela: La educación competitiva, como el ambiente son factores de riesgo importantes. Aquí también entra en juego la incomunicación entre profesores y alumnos, y la falta de concienciación entorno al problema (primero hay que conocer para más tarde intervenir)

-Influencia de los medios de comunicación social: a veces a través de los mensajes que se transmiten en estos medios, se está ejerciendo una influencia cambiando pensamientos y conductas.

-Permisividad familiar y social: No olvidemos la permisividad familiar, si un adolescente ve que su padre fuma cannabis él lo vera como algo positivo, ya que podrá hacer lo mismo que el resto. Al igual que con padres con carencias en habilidades básicas, falta de normas y de límites...

-Distribución de la droga: los adolescentes suelen acercarse a lo desconocido y a lo prohibido para probar, esto supone un gran riesgo. Al principio para que los menores consuman la droga se ofrece de manera gratuita en pequeñas dosis, o muy económica.

-Marginación: el sentirse desplazado ya sea a nivel social, escolar o familiar, puede conducir al consumo de drogas.

Dicho esto, es importante hacer hincapié en los beneficios sociales de las drogas. Según GARCÍA MÍNGUEZ (2001 p.93) las drogas, responden a estímulos asociados a necesidades individuales o a veces también colectivas. Tras el consumo de drogas, existe una adaptación en algunos aspectos como; estudiar mejor, no parecer raro, ser uno más del grupo... "*son exigencias de orden social que muchos adolescentes justifican su consumo*"

Los problemas de los adolescentes, no pueden asociarse únicamente a los caracteres de la personalidad, sino a la compleja interacción de ésta con el ambiente.

Una vez mencionados los factores de riesgo que existen, también cabe citar algunas de las motivaciones o causas que llevan al menor a consumir.

Según la OMS el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen por los siguientes motivos: (i) satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga (ii) adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y ser aceptado (iii) expresar independencia u rebeldía (iv) tener experiencias emocionantes o peligrosas (v) adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora (vi) conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad (vii) escapar de algo, evasión.

LAESPADA M.T (2005) opina que los menores consumen drogas por razones como: olvidar problemas, porque el grupo de iguales lo hace, por curiosidad, y porque les gusta.

Uno de los riesgos de caer en el consumo proviene de problemas familiares, es decir el individuo se siente desprotegido de su propio entorno y la carencia afectiva en el periodo de adolescencia es muy significativa. El vacío que se siente en determinadas edades a veces lleva a querer eliminar ese dolor de cualquier manera y la droga puede ser una fuente de distracción y aislamiento de ese dolor causado.

La adolescencia es una edad de riesgo para muchas dependencias, debido a las características del proceso madurativo. En esta etapa se está sensible sobre todo en lo emocional y el grupo de iguales es capaz de ejercer una gran influencia. El hecho de que un adolescente quiera formar parte de un grupo y ser aceptado, puede tender a querer llamar la atención consiguiendo un protagonismo a través del uso de drogas y conductas rebeldes.

Dentro del microsistema del adolescente se encuentra la familia, el centro educativo, el grupo de iguales... en esta etapa los amigos/as son el contexto con mayor importancia, éstos inciden de manera fundamental en los comportamientos de riesgo que el propio adolescente se expone.

AÑAÑOS BEDRIÑANA, F. (2005) expresa que hay situaciones que propician el inicio del consumo en estos adolescentes:

-El deseo de los adolescentes de estar con los amigos/as y el tiempo que comparten con ellos/as se sitúa en el primer plano de estar bien y ser feliz. Por tanto, los amigos/as son un apoyo social que aportan elementos de protección para conseguir la estabilidad emocional, pero también donde se generan conductas adictivas como característica común y pauta de comportamiento del grupo.

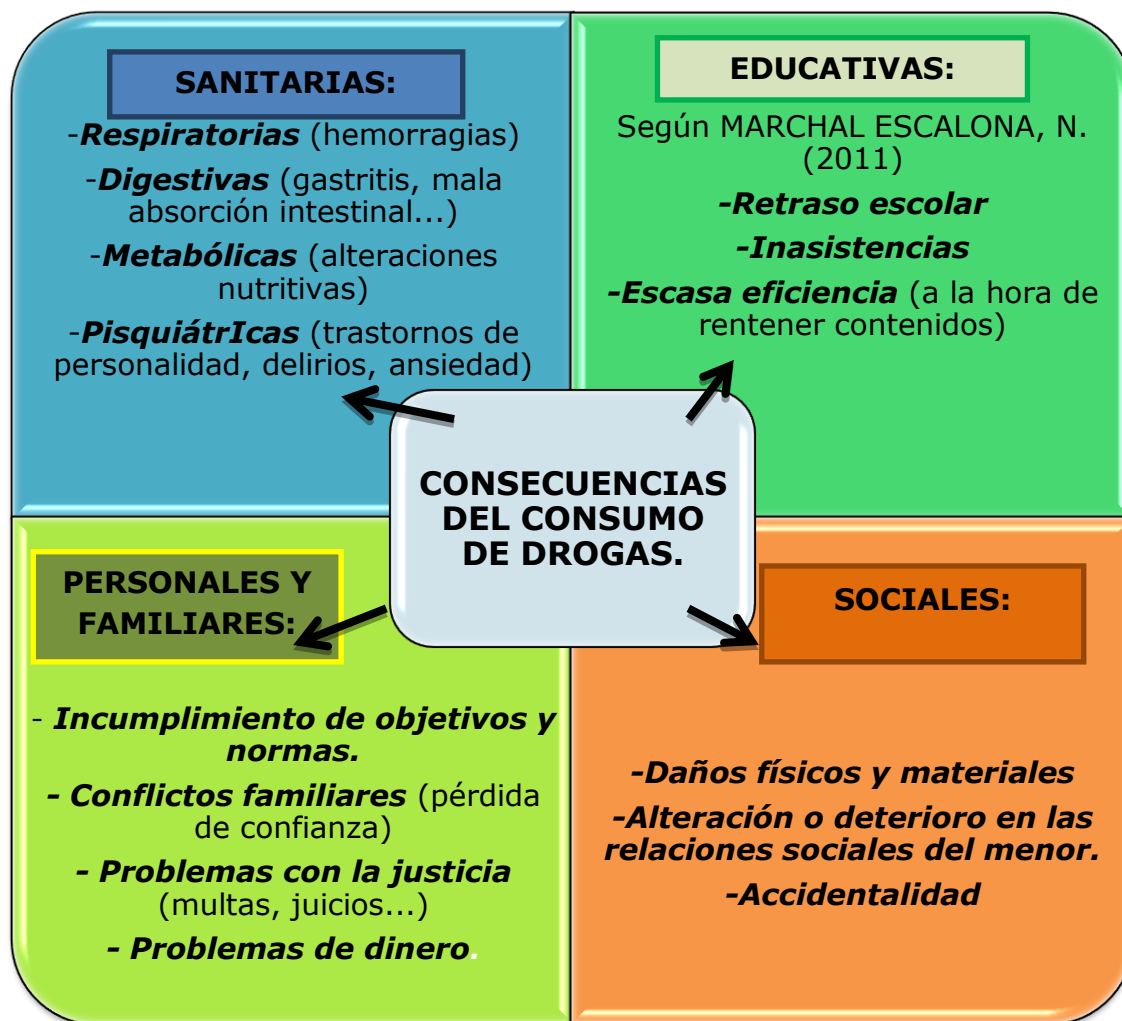
-El "botellón".

-Salir de "marcha": tomar copas, escuchar música, bailar... normalmente en bares, discotecas, pubs... el tiempo preferido por los adolescentes para llevar a cabo esta situación es el fin de semana.

-En un viaje: se trata de circunstancias propicias para experimentar situaciones nuevas, fuera del control de la familia y del orden establecido. Los adolescentes se sienten protagonistas y libres, lo cual puede impulsar a probar ciertas sustancias.

-El consumo de drogas no es acto exclusivo que se realice siempre en grupo. La soledad como estado emocional, el encontrarse físicamente solo, buscar momentos de intimidad... propician el consumo.

El consumo de drogas en estos adolescentes, conlleva a una serie de consecuencias, a continuación se muestra un mapa conceptual sobre éstas:



Mapa conceptual 1. Consecuencias del consumo (Elaboración propia)

MARCHAL ESCALONA, N. (2011) también destaca algunos *indicadores* físicos, emocionales y de patrón de conducta.⁶

En cuanto a cómo influye la imagen social en el menor consumidor y su familia decir que, MOWBRAY, R. (1994, p.80) expresa que hay otros

⁶ Físicos: Ojos vidriosos, problemas con el ciclo de sueño, dificultades para la concentración, disminución de la coordinación muscular.

Emocionales: nerviosismo, inquietud, irritabilidad, depresión, ansiedad, cambios inexplicables de carácter.

Patrón de conducta: gasto frecuente de dinero, pérdida de objetos familiares entre otras cosas...

elementos que se sitúan entre la familia y la sociedad que son los vecinos, amigos, etc. los cuales van a estar influyendo en la manera de vivir el problema, ya que si la actitud de éstos es tolerante, servirá para exponer el problema, buscar soluciones, sentirse comprendido y demás... pero si no es así, se ocultará y aumentarán los problemas asociados, la angustia, la culpa...aspectos que han de ser superados para iniciar el trabajo de reinserción para conseguir una vida normalizada.

Según este autor, la familia y la sociedad se deben de plantear como prioritario atajar el problema e incidir sobre la demanda, y a través de la participación social crear estructuras sociales que mejoren esta problemática aumentando el bienestar social.

Para concluir este apartado, creo que es relevante citar brevemente como tendría que ser la actuación del trabajador social en casos con esta problemática de manera general. (OLIVAS BLASCO, A., 1989)

En los primeros contactos, el trabajador social debe de recoger la demanda explícita que la persona afectada y su familia manifiestan, tratando de captar la demanda implícita. Normalmente, el problema no se presenta como una demanda terapéutica sino que viene dada por la aparición de otros problemas sociales, judiciales, etc.

Una de las funciones que le corresponden al Trabajador social es profundizar con la persona afectada sobre el mal funcionamiento de su vida relacional, analizando su comportamiento no solo a nivel individual (actitudes, inquietudes, amistades...) si no también contextual. Se trata de hacer hincapié en que asuma la responsabilidad sobre el consumo, su proceso de cambio y "su compromiso por ser protagonista de las futuras soluciones". Por tanto, estas funciones que desempeña el profesional se podrían dividir

en unas más generales (atención directa, gestión de recursos...) y otras más específicas (informar, atender la demanda planteada, valorar, derivar...)

2.3 Marco legislativo:

Resulta de gran interés conocer de manera general un breve resumen legislativo en relación a la problemática estudiada sobre el consumo de drogas, por ello se procederá a éste desde el ámbito nacional y autonómico. Partimos del Plan Nacional sobre drogas de 2009, creado en el año 1985 con el objetivo de coordinar y potenciar las políticas que en materia de drogas, se lleva a cabo desde las diferentes administraciones públicas y entidades sociales, en España. Según el Real Decreto 200/2012 de 23 de Enero, *"se desarrolla la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (BOE. 24 de Enero de 2012), la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, con nivel orgánico de dirección general, integrándose en la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad"*⁷

En este Plan Nacional, cada Comunidad Autónoma tiene la competencia de desarrollar una serie de actividades de prevención, intervención asistencial e incorporación social, coordinación institucional, etc. En el caso de Aragón, durante el año 2009 se llevó a cabo un proceso de evaluación del Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, el cual, duró desde 2005-2008 asumía algunos principios rectores de la Ley 3/2001 como prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Este Plan Autonómico ha sido un elemento fundamental a la hora de planificar el II Plan Autonómico desarrollado a partir del año 2010.

⁷ Gobierno de España – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.. www.pnsd.msc.es (Fecha de consulta: 06/02/12)

Dicho esto, podemos decir que actualmente en la Comunidad Autónoma de Aragón a través del II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016, se establecen una serie de criterios y objetivos que deben de tenerse en cuenta a la hora de ejecutar todas las actuaciones relacionadas con el consumo de drogas que se desarrollen en Aragón . Las cuatro áreas de actuación que este Plan establece son: prevención, asistencia, integración social, y sistemas de información.

Estas áreas de actuación para dar respuesta a situaciones de riesgo en este colectivo, aparte de ser objetivo del Plan Nacional de drogas, también lo es para la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016, ya que se trata de potenciar los elementos con los que se ha trabajado hasta ahora, optimizando su funcionamiento y coordinación efectiva.

Para concluir este apartado, una vez mencionados los planes tanto a nivel nacional como autonómico y desarrolladas sus principales competencias a nivel general, creo conveniente mencionar la Ley Orgánica 8/2006, de 4 de Diciembre, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Digo esto, porque ya que la investigación está dirigida a los menores consumidores, vemos como en el artículo 7 apartado e) de esta ley se constata que una medida que puede ser impuesta por los jueces de menores es el tratamiento ambulatorio, en la que el menor deberá acudir al centro designado cumpliendo el tiempo requerido por los profesionales que lo atiendan, y seguirá las pautas para conseguir un tratamiento adecuado. Se trata de menores que consuman bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, o sustancias psicotrópicas, si el menor rechaza el tratamiento, el Juez le aplicará otra medida adecuada a sus circunstancias.

3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se expone como es la intervención que ejercen los profesionales con menores consumidores y la problemática de los mismos. Para ello se contrastarán resultados a través de una serie de variables tras los cuestionarios planteados a menores consumidores.

3.1 Los profesionales y su intervención con menores consumidores en Zaragoza.

A continuación se procederá a realizar un análisis interpretativo sobre las entrevistas concedidas con dos profesionales: trabajador social y educador social. El primer informante pertenece al centro de atención y prevención de las adicciones (CMPA) y el segundo al recurso denominado centro de solidaridad (Proyecto Hombre). Por último, se citarán algunas de las carencias percibidas y detectadas por los propios profesionales a la hora de desarrollar su intervención con el colectivo investigado menores consumidores en Zaragoza.

3.1.1 Intervención del trabajador social del recurso CMPA:

En cuanto a la entrevista realizada al profesional de CMPA, hay que destacar una serie de aspectos importantes para conocer la eficacia del servicio.

A nivel general, el profesional (informante 1) manifiesta que dentro de este recurso sus labores como trabajador social parten desde atender aquellas necesidades sociales existentes, junto con la posterior redacción de informes en los casos que sea necesario, hasta desarrollar trabajos terapéuticos.

"Tengo que aclararte que aquí a parte de mis labores como trabajadora social ante necesidades sociales, redacción de informes, etc. También desarrollo trabajos terapéuticos" (Informante 1: trabajador social de CMPA)

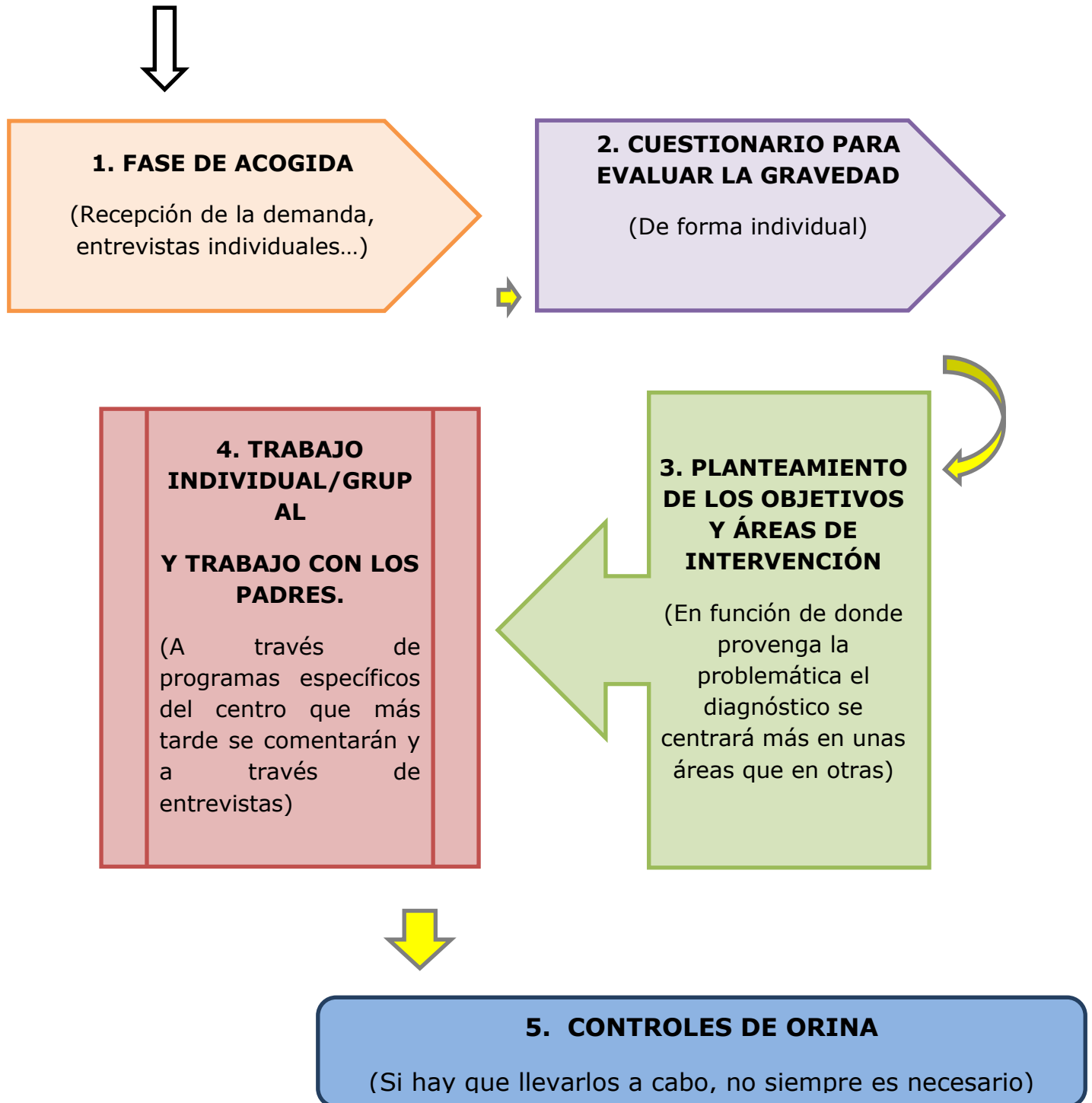
En cuanto al trabajo que desarrolla con los menores consumidores comenta que este tipo de demandas siempre son atendidas por él, si en algún momento tiene que hacer mayor hincapié en algún aspecto concreto, acude al resto del equipo multidisciplinar pero principalmente es él quien se ocupa de este colectivo.

Estos menores tienen un acceso inmediato, es decir no tienen que formar parte de listas de espera ya que se considera una acción prioritaria. Este acceso al centro, puede darse de manera "voluntaria" aunque con normalidad los menores son influidos por la familia, o por recursos como educación (institutos), salud (centros de salud, unidades infanto-juveniles), protección de menores, equipos medios abiertos (libertad vigilada)... los cuales, derivan estos casos a centros especializados.

"Se puede acceder de manera voluntaria entre comillas porque normalmente son influidos por la familia, o por recursos como educación (institutos), salud (centros de salud, unidades infanto-juveniles), protección de menores, equipos medios abiertos (libertad vigilada). A la hora de entrar en el centro los menores son un colectivo que tiene prioridad, no existe para ellos una lista de espera" (Informante 1: trabajador social de CMPA)

Lo primero que se supervisa cuando un menor entra a formar parte del centro es si ya está en tratamiento o no. Cuando existe tratamiento, el trabajo se lleva a cabo de manera individual y también familiar. En los casos de chicos/as derivados por temas judiciales se procede a realizar una serie de controles para verificar si se está produciendo un consumo.

El procedimiento o las fases de tratamiento integral individualizado que se realizan son:



**Mapa conceptual 2. Tratamiento integral individualizado.
(Elaboración propia)**

El tratamiento se puede acabar por diversas causas:

- (i) porque el menor decide abandonar
- (ii) porque el menor no cumple los objetivos, por tanto si no quiere cambiar no se le puede obligar.
- (iii) por alta, es decir, el menor ha conseguido los objetivos y cada cierto tiempo se le citará para ver cómo van sus progresos.
- (iv) por acabar el tiempo asignado de la medida judicial impuesta.

Tabla 1. Finalización del tratamiento (Fuente: Elaboración propia)

Las funciones que le corresponden al trabajador social de CMPA se basan en el acompañamiento hacia el cambio y en trabajar con temas de autoestima, respeto, tolerancia, ya que carecen de ello, y sobre todo hacer hincapié en sus proyectos vitales.

"Mi función es más de acompañamiento hacia el cambio, en el que hay que trabajar con temas de: autoestima, respeto, tolerancia y sobre todo sus proyectos vitales. Se trata de chavales con muchos altibajos, con pensamientos como "el mundo gira en torno a mí", hiperactivos, impulsivos... El grupo en el que se desenvuelven es poderoso y también por eso hay que trabajarlo". (Informante 1: trabajador social de CMPA)

La forma en cómo trabaja el centro con los menores colectivos se hace a través de **tres programas**:

3.1.1.1 Programa "A tiempo":

Denominado así, ya que los menores aún están "a tiempo" de cambiar su conducta. Su duración es de 14 sesiones (1 día por semana) y se lleva a cabo por la Trabajadora social y un psicólogo.

Este programa es dirigido solo para los propios adolescentes. Se basa en trabajar diferentes áreas: personal, socio-relacional, escolar/formativa, y ocio- tiempo libre.

La principal técnica a la hora de intervenir el profesional es la entrevista motivacional. Lo que se pretende trabajar con ésta es el apoyo a la autoeficacia, sacar discrepancias, resistencias, que aprendan a empatizar, la construcción de etiquetas y estereotipos...

El objetivo primordial es crear un vínculo terapéutico, es decir, *"que se sientan bien, y que no piensen que esto es un tostón sino que la terapia les enganche"* (Informante 1: trabajador social de CMPA)

3.1.1.2 Programa "Bitácora":

Taller formativo en el que se trabajan diferentes contenidos de cara a la mejora de la información y el desarrollo de competencias educativas. Con la participación activa de los **padres**. Duración: 6 sesiones (1 día por semana) Va dirigido a los padres y madres cuyos hijos consumen alguna sustancia de forma ocasional o habitual, y que están preocupados por estos comportamientos de riesgo, derivándose de ello algunas consecuencias que influyen en la dinámica familiar. Sirve para que la familia tome conciencia de que tiene una amplia capacidad de influencia sobre los hijos, aunque en la adolescencia se va perdiendo esa influencia por el grupo de iguales, es muy importante el papel que ejercen los padres.

Temas en los que se hace especial énfasis: que son las drogas y sus tipos, la familia y la comunicación, la familia y el afecto (autoestima, sentimientos...), la familia y la organización (normas, límites, autocontrol de la ira), y la familia y el entorno incluyendo en este el tiempo libre, redes sociales y otra serie de recursos.

3.1.1.3 Programa dirigido a menores de 25 años:

Se trata de una vía alternativa, por ejemplo:

"Si la policía pilla a un menor en la vía pública consumiendo una determinada sustancia le pueden ofrecer al menor dos alternativas, pagar la multa correspondiente o en vez de esta opción última, asistir a este programa sin poder consumir, ya que se llevan a cabo estrictos controles de orina". (Informante 1: trabajador social de CMPA) Duración: 6 semanas

A la hora de realizar los grupos, se tienen en cuenta las características de cada miembro, y las distintas consecuencias negativas que puedan surgir. La finalidad de este programa es que los jóvenes experimenten como se sienten sin consumir durante 6 semanas, suponiendo un primer paso hacia su recuperación. Normalmente notan efectos en aspectos como en la memoria, en el control...

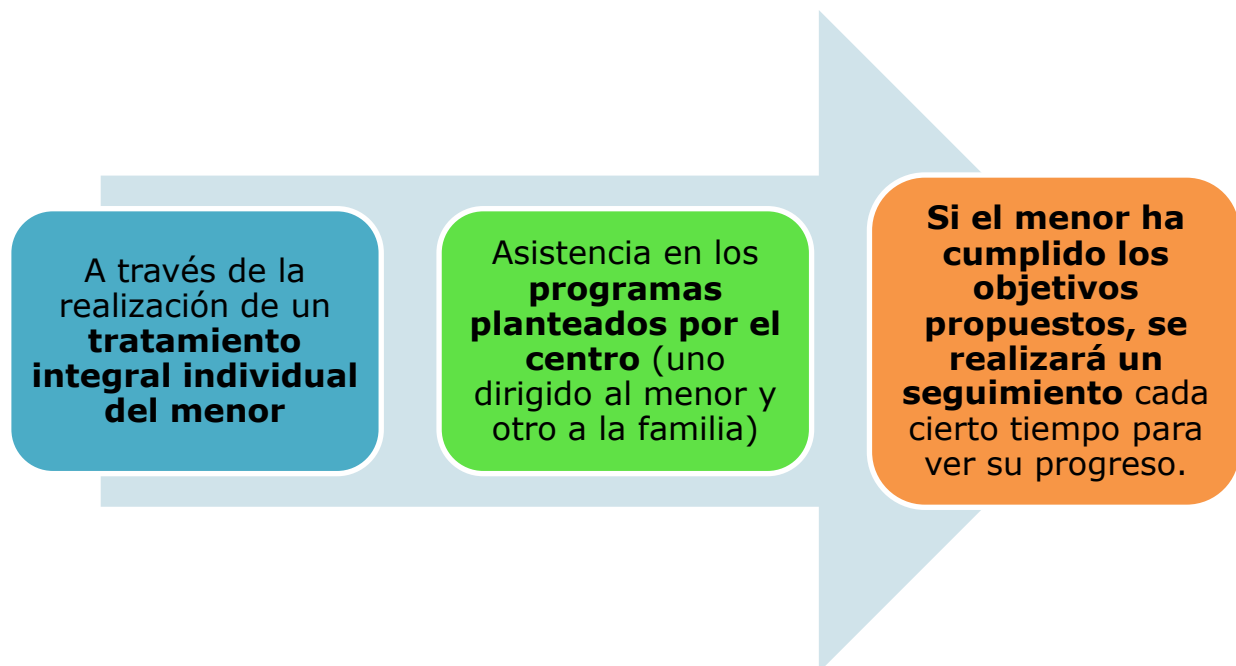
"Se considera positivo porque si algún día toman la decisión de cambiar de actitud y dejar de consumir, saben a dónde acudir" (Informante 1: trabajador social de CMPA)

Por tanto, se concluye el proceso de intervención de la siguiente manera:

Primera fase: Recepción de la demanda, la cual puede provenir de diferentes ámbitos como:

- Por el propio adolescente (influido por la familia)
- Por derivación de recursos educativos, sanitarios...
- Por derivación de protección de menores
- Por cumplimiento de alguna medida judicial

Segunda fase: Acogida e intervención del menor consumidor ¿CÓMO?



**Mapa conceptual 3. Acogida e intervención del menor consumidor.
(Elaboración propia)**

En el tratamiento se aborda desde la dependencia física y psicológica hasta los problemas familiares y sociales.

**3.1.2 Intervención de los profesionales del Centro de Solidaridad
(PROYECTO HOMBRE):**

Dentro de este recurso se debe destacar el plan de prevención que pretende la detección e intervención temprana de esta problemática. Lo que este recurso ofrece es orientación, apoyo, realización de un diagnóstico, asesoramiento familiar, y un tratamiento individual personalizado (a través de entrevistas individuales, trabajo grupal...)

Un aspecto relevante manifestado por el profesional (informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad) es que la duración de la intervención suele ser durante un curso escolar, ya que se intenta que sea a corto plazo por la edad y por la problemática.

La derivación puede provenir de diferentes ámbitos: centros de salud y educativos, servicios sociales de base, psicólogos más particulares o de abogados que tratan a chicos/as con problemas judiciales.

Dicho esto, es importante destacar que la intervención se divide en tres fases principales:

Primer fase: Contactar con quien reclama la ayuda

Respecto a esta fase, normalmente suele ser el contacto con la familia, con el recurso el cual ha derivado el caso, o el profesional correspondiente. Aunque también existen casos más concretos con problemáticas determinadas, en los que es el propio menor el que solicita la ayuda, ya que no quiere que se enteren sus referencias adultas por el "qué dirán". Esto se da en pocos casos, pero también existe. Lo que se suele hacer ante casos de este estilo es convencerle al joven de que hay que comunicarlo a la familia o conseguir al menos una referencia adulta.

Si es la familia la que solicita la demanda, se le cita un día para establecer confianza, darse a conocer, y explicarles la forma de trabajo que se desempeña en el centro. Los profesionales que están interviniendo con estos menores y su entorno son los responsables de orientar y derivar a centros especializados dando lugar a un tratamiento individualizado.

Hay casos donde las familias perciben conductas de riesgo en los menores, sin embargo tras indagar en la situación los problemas están más orientados a las pautas y modelos educativos de los referentes paternos.

Segunda fase: Citar a la persona afectada

Es un profesional con experiencia (trabajador social, educador social, psicólogo...) el que cita a la persona afectada y el que se va ocupar de llevar a cabo la demanda. Por un lado, se trabaja con el propio menor afectado, y por otro, el profesional va trabajando con la familia del menor.

"En esta fase se realiza el diagnóstico es decir QUÉ pasa, y CÓMO debemos de ayudar. Cada profesional realiza su diagnóstico por separado y una vez por semana nos reunimos el equipo interdisciplinar para opinar sobre el diagnóstico que cada profesional ha elaborado, para dar lugar a uno común" (Informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad)

Por tanto, el diagnóstico consiste en exponer el caso tras los primeros contactos con la persona afectada, para dar lugar a la realización de un informe elaborado entre el equipo multidisciplinar desarrollando todas las áreas; familiar, escolar, ocio y tiempo libre..., teniendo en cuenta los factores de riesgo para la realización de un diagnóstico y en función de éste plantear una serie de objetivos para conseguir un tratamiento integral de la problemática.

Posteriormente se llevan a cabo revisiones cada 2 ó 3 meses para evaluar el caso y su evolución.

Tercera fase: Planteamiento de objetivos a través de las entrevistas individuales con la persona afectada

Los objetivos van dirigidos desde mejorar el consumo, la afectividad, la conflictividad familiar... hasta cambiar el ocio y las actividades que desempeñan en el tiempo libre.

"Estos objetivos, los planteamos a través de entrevistas individuales con la persona afectada y también por medio de trabajos grupales adaptados a las circunstancias como por ejemplo; grupos de autoayuda..." (Informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad)

Las entrevistas individuales y los grupos son una vez a la semana. Existen dos tipos de grupos:

- Grupos abiertos: de autoayuda...los menores deben de asistir hasta su recuperación.
- Grupos cerrados: son de 10 personas y se trata de un grupo estable. Dependiendo del grupo se tratará unos temas concretos. Este grupo se refuerza a través de las entrevistas individuales.


Se pretende motivar al menor para que sea protagonista del cambio. En algunas ocasiones se requiere la actuación como mediadores sobre todo si hay desacuerdos entre éste y la familia, realizando incluso si es necesario terapias familiares.

"Se hacen para revisar, reforzar o solicitar una nueva demanda".
(Informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad)

En definitiva el objetivo principal para los profesionales desde la perspectiva de lo social, sería:

"Conseguir un proceso de maduración en el chico/a, adquiriendo unas habilidades y competencias, en su proceso personal" (Informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad)

3.1.3 Comparativa sobre las líneas de actuación desde la intervención social (cuadro resumen tras el análisis interpretativo)

	Centro de atención y prevención de las adicciones (CMPA)	Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre)
Fase de acogida	Se basa en pasar al menor un cuestionario para evaluar su gravedad, en función de éste se plantean unos objetivos y áreas de intervención, dando lugar a un trabajo individual, grupal, y familiar. Si es preciso: sometimiento de controles de orina.	Se trata de: 1. contactar con quien reclama la ayuda 2. citar a la persona afectada 3. planteamiento de objetivos a través de las entrevistas individuales con el usuario.  Asesorar y orientar.
Interpretación:	La intervención en la fase de acogida es distinta ya que CMPA se centra más en la gravedad según los resultados de los cuestionarios y a través de esto intervienen en las áreas correspondientes. Mientras que el Centro de Solidaridad, se basa en ese primer contacto y entrevistas individuales con la persona	

	afectada para proporcionar asesoramiento.	
Áreas que se trabajan	Personal, socio-relacional, escolar-formativa, ocio y tiempo libre.	Área familiar, escolar, laboral, adicciones, ocio y tiempo libre.
Interpretación:	Ambas se centran en las mismas. En realidad se trata de hacer un estudio sobre las distintas áreas para ser más conscientes de donde se encuentra el problema y de esta manera ver qué se debe de reforzar o trabajar.	
Funciones del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento hacia el cambio del menor. • Trabajar temas de autoestima, respeto, tolerancia... • Hacer hincapié en los proyectos vitales del menor <p>La principal técnica utilizada es: entrevista motivacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del diagnóstico (teniendo en cuenta los factores de riesgo) • Asesoramiento familiar • Tratamiento individual. • Se pretende empatizar y motivar al menor para que sea el protagonista del cambio. • Coordinar los grupos abiertos y cerrados • Detectar aquellas condiciones personales y sociales que dificulten o faciliten el proceso

		<p>terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación y valoración con el equipo multidisciplinar • Coordinación con otros profesionales.
Interpretación:	<p>Se perciben más funciones en el Centro de Solidaridad. Hay que aclarar que en CMPA la que se encarga principalmente de menores consumidores es el trabajador social, en cambio en el Centro de Solidaridad es un equipo multidisciplinar.</p> <p>Ambos se centran en la orientación, asesoramiento y acompañamiento para conseguir el cambio del menor y que sea él el propio protagonista.</p> <p>CMPA se centra sobre todo en lo terapéutico mientras que Centro de Solidaridad en éste y en el trabajo educativo.</p>	
Objetivo primordial	<p>Crear un vínculo terapéutico, que se sientan bien y que la terapia les sirva de enganche.</p>	<p>Conseguir un proceso de maduración en el chico/a, adquiriendo unas habilidades y competencias, en su proceso personal.</p>
Interpretación:	<p>Ambos están orientados a un cambio positivo en el menor, intentando que el consumo desaparezca y consiguiendo que el menor adquiriera una serie de habilidades que le sirvan de ayuda para paliar situaciones de riesgo.</p>	

Tabla 2 . Cuadro comparativo de los recursos especializados.

(Fuente: Elaboración propia)

Los profesionales que han sido entrevistados han detectado las siguientes carencias a la hora de realizar su trabajo con el colectivo estudiado:

-Existen pocos profesionales para la gran cantidad de demandas que se realizan. La crisis económica actual, ha dado lugar a reducir personal y recursos, lo cual dificulta dichas intervenciones.

-La falta de un espacio dirigido a menores en el que exista una estructura distinta a la que viven, fijando una serie de normas, límites estrictos, horarios... alejándolos durante un tiempo de su entorno habitual.

"El tiempo, relacionado con el volumen de gente. La crisis ha dado lugar a reducción de personal y estaría bien tener más tiempo para cada caso.

Creo que falta un espacio para menores en los que existe la necesidad de dotarles de una estructura distinta a la que viven (fijarles horarios, normas, límites...) es decir, sacarlos de manera temporal de su entorno." (Informante 2: Educador social del Centro de Solidaridad)

Quizás no existan espacios con una serie de características específicas para conseguir el desarrollo positivo de estos menores. Los cuales refieren una serie de carencias sobre todo respecto a las normas y límites, lo cual dificulta su proceso de maduración y desarrollo.

Para conseguir un cambio más rápido y eficaz, se hace preciso disponer de espacios educativos donde se establezcan una serie de pautas y normas de comportamiento, las cuales favorezcan el desarrollo de estos menores.

3.2 La problemática del menor consumidor.

Dentro del entorno del menor consumidor existen una serie de variables como las drogas consumidas y su frecuencia, existencia de antecedentes consumidores, opinión sobre la droga consumida, círculo de amistades, etc. En este apartado se va a reflejar un breve análisis a través de indicadores para aproximarnos a las características y realidad del menor consumidor.

A continuación se va a interpretar una serie de datos obtenidos a través de cuestionarios realizados a adolescentes que acuden al Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre) por motivos de consumo de drogas.

La finalidad de realizar cuestionarios, está determinada por conocer las características del menor consumidor, junto con su percepción sobre el centro al que asiste (Centro de solidaridad). De esta manera se consigue un acercamiento a la realidad social del menor consumidor.

Mediante la hoja de cálculo (Microsoft Office Excel) se han realizado gráficos para poder visibilizar con mayor facilidad las variables estudiadas y reflejadas en los cuestionarios junto con sus respectivas categorías.

En este estudio, la muestra⁸ queda constituida por menores de 13 a 18 años que acuden al Centro de Solidaridad. Se trata de 20 adolescentes, de los cuales todos consumen drogas.

⁸ *"Aquella parte reducida, representativa de un conjunto, población o universo, cuyas características deben reproducir en pequeño las características de la población o universo. Esa parte se somete a observación científica con la finalidad de obtener resultados que sean representativos del universo."* Apuntes asignatura métodos y técnicas de investigación en trabajo social, MARCO FABRE, M. "Las muestras. Cómo averiguar lo que piensan todos preguntando a unos pocos", 2010, pág. 2

Hay que aclarar que no ha existido una relación entre investigador e investigados, ya que las encuestas han sido pasadas por un profesional del centro (Educador social) de manera aleatoria.

A continuación se exponen las variables que recoge este estudio:

3.2.1 Datos básicos de los menores consumidores:

3.2.1.1 Género

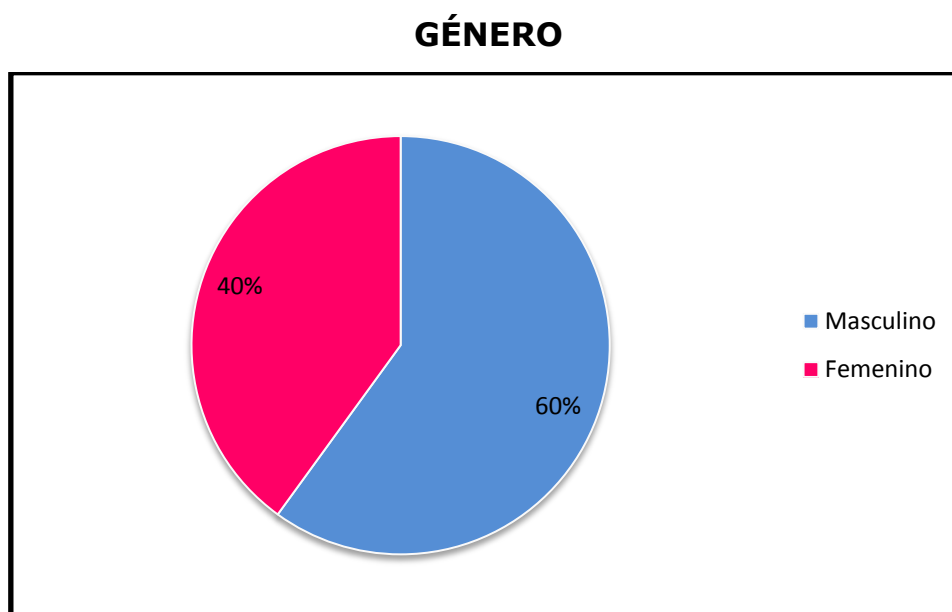


Gráfico 1. Género del menor consumidor (Fuente: Elaboración propia)

En cuanto al género del menor consumidor encontramos que predomina el masculino con un 60% frente a un 40% que corresponde al género femenino, sobre el total de la población muestra.

GONZALEZ CALLEJA F. et. Al (1996) comenta que existen diferencias en el uso de sustancias generalmente, los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo estas desigualdades han ido descendiendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no

3.2.1.2 Edad



Según AÑAÑOS. F (2005) la mayoría de los programas de prevención están dirigidos a grupos de chicas o chicos que con frecuencia se encuentran ya en contacto o viviendo situaciones propias del consumo de las drogas, cuando sería más efectivo hacerlo antes.

53

El dato más destacable son los menores de 17 años que se corresponde con un 30%, seguido de los comprendidos entre 15 y 16 años con un 25%. Con un porcentaje más bajo se encontrarían aquellos que tienen 18 años con un 15% y por último, los de 13 años los cuales suponen un 5%.

La edad de 14 años no se ve reflejada en el resultado del cuestionario, debido a que la elección de la población muestra ha sido aleatoria.

3.2.1.3 Antecedentes

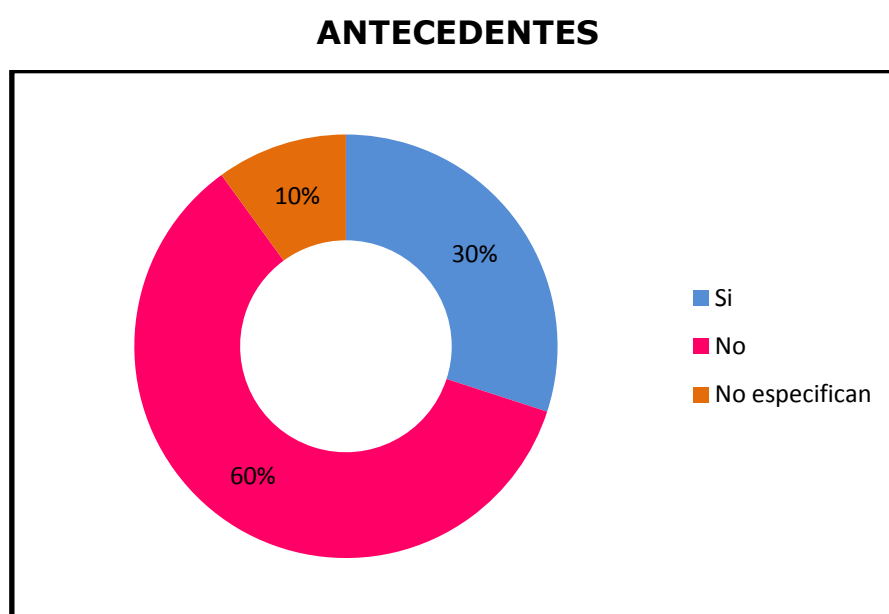


Gráfico 3. Antecedentes del menor consumidor (Fuente: elaboración propia)

Una variable muy importante es la de los antecedentes. Ya que se partió de una hipótesis inicial de que la mayoría de los hijos de padres consumidores o ex consumidores, reproducían el consumo de sus progenitores.

Dicho esto, de los encuestados vemos como un 60% no tienen antecedentes, y un 30% sí. Un 10% no especificaron (a pesar de informarles que el cuestionario era de carácter confidencial)

3.2.1.4 Antecedentes/Quién

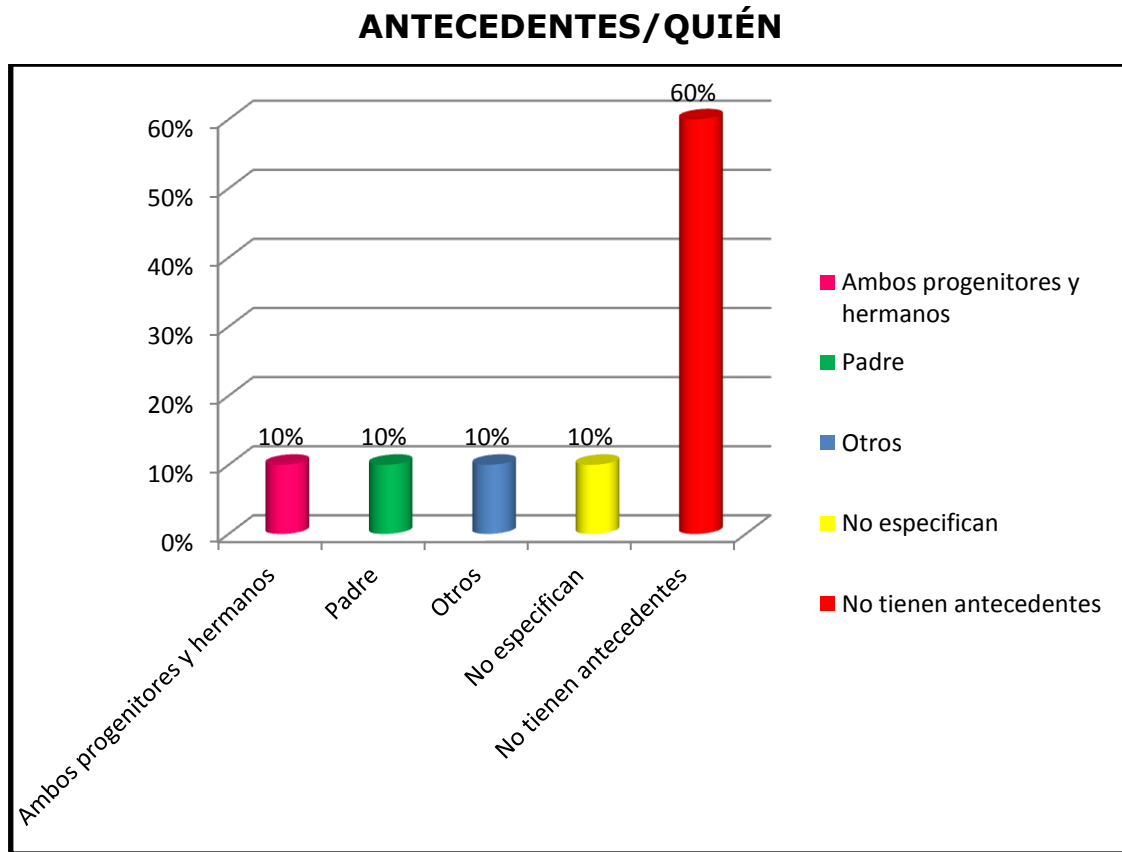


Gráfico 4. Antecedentes/ Quién (Fuente: elaboración propia)

Debe de quedar claro que en esta pregunta, se especificó que cuando se refería a antecedentes eran personas que consumían o habían consumido drogas no permitidas (como los cannabis, cocaína, speed...)

Como manifiestan MEGÍAS et al. (2002, p.171) la familia es el único sistema en el que las personas pertenecen y participan durante toda su existencia.

"Es un núcleo de transmisión de costumbres, hábitos, modelos de comportamiento, asimismo representa un elemento de apoyo, resolución de conflictos y sustento del estado de bienestar, además es clave en el desarrollo personal y social del individuo."

La familia como elemento próximo al joven tiene un papel incuestionable porque, las condiciones o situaciones que se produzcan en el seno en relación a las actitudes o posicionamientos de las drogas, pueden influir o estimular en la motivación para empezar el consumo”

Resulta de real interés resaltar lo que expresa Brook, J. et al (1994, p. 59) *en cuanto a la influencia de los hermanos mayores. La presencia de éstos es un claro factor de riesgo, “las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo”.*

Las respuestas obtenidas respecto a este tema fueron las siguientes (dentro del 30% de la población muestra que tienen antecedentes):

- En un 10% de la población muestra la persona que ha consumido o consume del entorno del menor son los progenitores (padre y madre) y hermano/s.
- En un 10% de la población muestra la persona que ha consumido o consume del entorno del menor es el padre.
- Y en el 10 % que falta para cubrir el 30%, especifican que se trata de otras personas (primos...)

Se puede decir que una parte de la población muestra sí que reproduce las actitudes de sus progenitores o familiares ante la droga.

Tanto si existen casos o no de antecedentes, es importante que toda intervención dirigida a los menores ha de contemplar el apoyo a la familia como marco fundamental en el que se desarrolla el crecimiento del menor y como agente de socialización primordial. Gran parte del trabajo con menores, es el trabajo con los padres.

3.2.1.5 Amigos consumidores

AMIGOS CONSUMIDORES

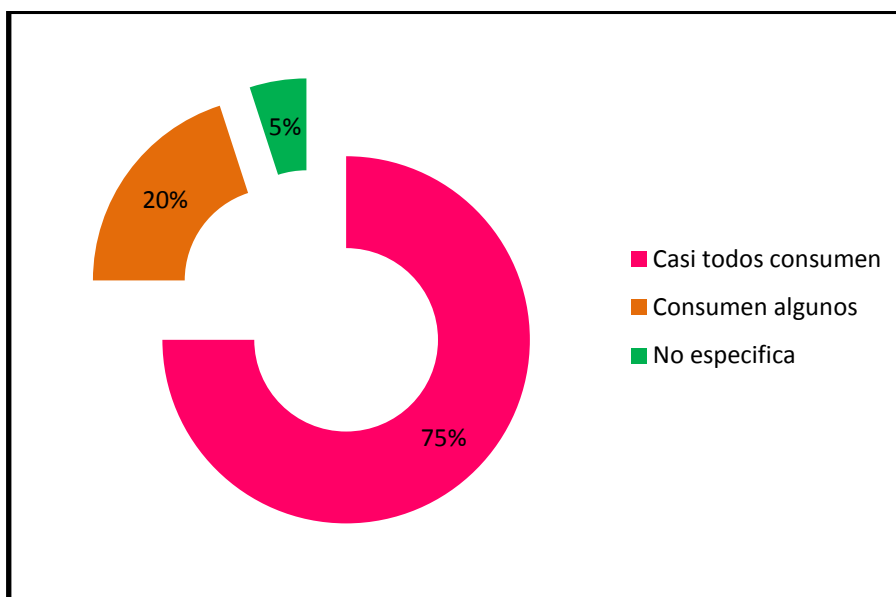


Gráfico 5. Amigos consumidores (Fuente: elaboración propia)

Según M.T LAESPADA (2005) normalmente el mismo grupo de amigos comparten aspectos como la vestimenta, formas de actuar, etc. Es decir, crean unas señas que son identificadoras. Los problemas pueden provenir cuando existan exigencias peligrosas en el grupo como el consumo de drogas. En el que a veces, por no tener ciertas habilidades de autoafirmación, y seguridad, y miedo a que sean excluidos del grupo ejercen unas conductas incorrectas.

Resulta muy significativo que de los chicos/as encuestados, manifiesten con un 75%, que casi todos de sus amigos consumen. En menor medida con un 20% responden que solo consumen algunos de sus amigos.

Aquí se puede percibir la influencia del grupo de iguales a la hora de consumir y de reproducir sus conductas. Como ya se ha citado anteriormente, los amigos en la etapa de adolescencia forman un rol de apoyo emocional, pero en este caso suponen un factor de riesgo.

Como bien refleja AÑAÑOS F. (2005), los amigos generan conductas adictivas como característica y pauta de comportamiento del grupo, por tanto los amigos son factor principal de riesgo de consumo.

Brook, J. et al (1989) manifiesta que la mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo.

Por ello, los adolescentes tratan de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no.

3.2.2 Drogas consumidas y características del consumo:

3.2.2.1 Drogas consumidas

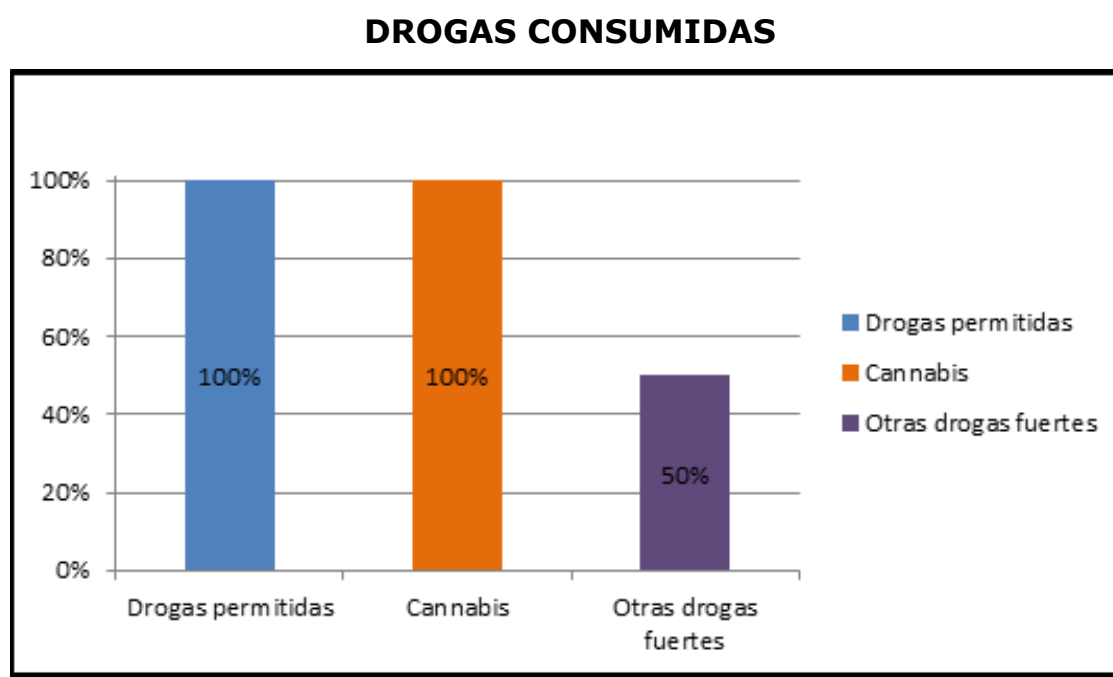


Gráfico 6. Drogas consumidas por los menores. (Fuente: elaboración propia)

Una de las principales variables para conocer la realidad del menor es la droga que consume. Hay que aclarar que por drogas permitidas se entiende el tabaco y el alcohol, y por otras drogas fuertes el speed, la cocaína, etc.

Dicho esto, tras los resultados obtenidos se extraer lo siguiente:

- Todos los encuestados consumen drogas permitidas (como el alcohol y el tabaco), y Cannabis independientemente de que sea chico o chica.
- Un 50 % de la población muestra, manifiesta el consumo de otras drogas fuertes en las que se incluyen el speed y la cocaína. Dentro de este porcentaje, resaltan más el género masculino que el femenino en el consumo de estas sustancias.

Según SSEBASTIÁ F. et al (1990, p.65) no hay razones que justifiquen que el consumo de un tipo de droga lleve necesariamente a otro tipo de droga.

En todo caso, si este paso se produce, está condicionado por una serie de factores:

- "Precocidad en el consumo de drogas legales"

- "Predisposición psicológica del individuo"

- "Presión del entorno social"

En cuanto a la relación entre los beneficios que proporcionan las drogas y la periodicidad del consumo según AÑAÑOS F. (2005, p.152) depende de varios factores, entre ellos, *"las razones personales y sociales que desea obtener cada individuo, es decir, para conseguir un mismo "bien" o "propiedad". Puede emplearse de acuerdo a los casos, de modo ocasional o puntual, habitual o frecuentemente, a diario o simplemente haber tenido un consumo único que responde más bien a motivos experimentales. La gama de efectos positivos es bastante amplia y engloba diversas dimensiones de las personas."*

3.2.2.2 Frecuencia del consumo

FRECUENCIA DEL CONSUMO

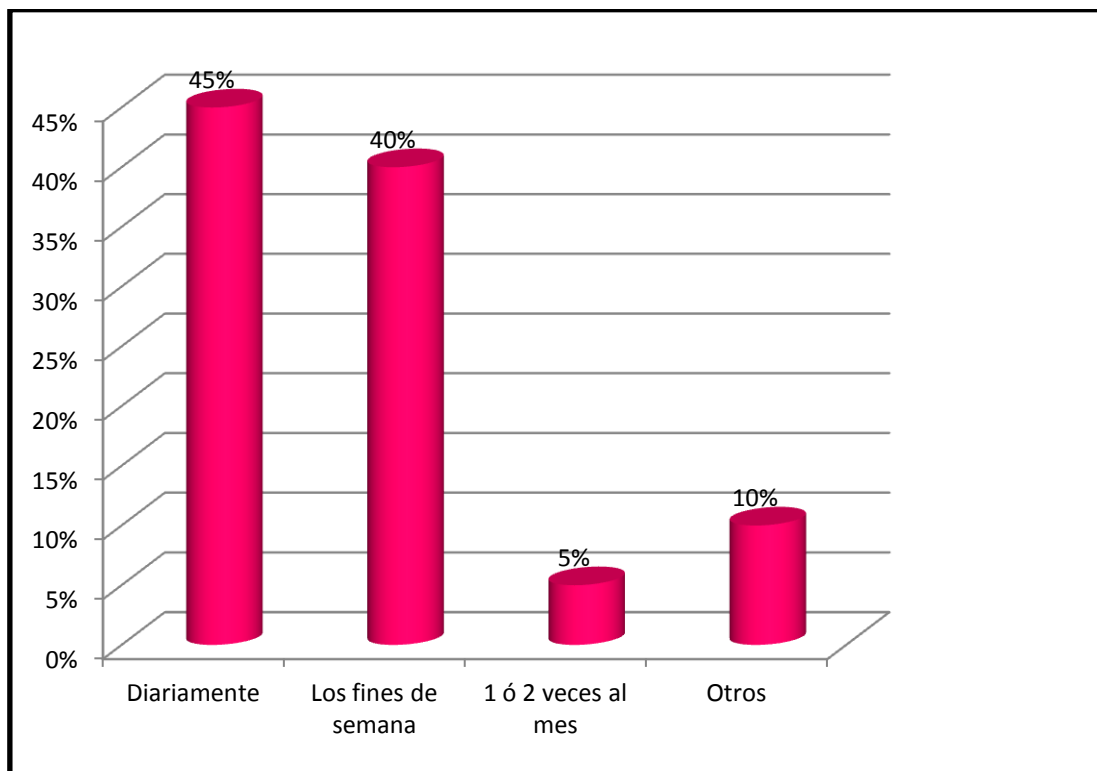


Gráfico 7. Frecuencia del consumo (Fuente: elaboración propia)

Es importante contrastar que a nivel general no existe una drogodependencia en los menores, sino un consumo experimental de sustancias en la que predominan los cannabis y las drogas permitidas (tabaco y alcohol) Estamos ante chicos/as que están sujetos a cambios constantes y que están a tiempo de realizar una disminución y desaparición del consumo de sustancias.

Se produce un consumo diario (45%) de sustancias como, el tabaco y los cannabis. El fin de semana (40%), tienden a consumir mayoritariamente alcohol pero aquí también se puede incluir los cannabis (quienes no lo consumen diariamente), y en casos más concretos el speed.

Una vez o dos al mes un 5 % consume. Aquí estaríamos hablando de drogas fuertes (speed, cocaína) y en otras ocasiones más puntuales consumen un 10% de los encuestados.

Por tanto, existe un consumo de riesgo en el consumo de cannabis ya que puede tener consecuencias mentales, y se produce un consumo social ya que, el alcohol suelen consumirlo el fin de semana con el grupo de iguales. El consumo en ocasiones puntuales, se podría denominar experimental infrecuente.

Un aspecto que no se puede reflejar mediante una imagen gráfica es la edad de inicio de salidas la cual se sitúa entre los 8 años a los 15 años, y su relación con la edad de inicio de consumo entre los 11 años y los 15 años. Se puede percibir, como existe una relación entre estas ya que en la mayoría de los casos de la población muestra, cuando se ha producido el inicio de salidas (es decir, los padres le dan permiso al menor para irse con su grupo de iguales) ha dado lugar al consumo de sustancias. En esta etapa de salidas hay que tratar de establecer una serie de normas y consecuencias por si éstas son incumplidas para fortalecer la autonomía del menor.

3.2.2.3 Percepción del menor sobre la droga

PERCEPCIÓN DEL MENOR SOBRE LA DROGA

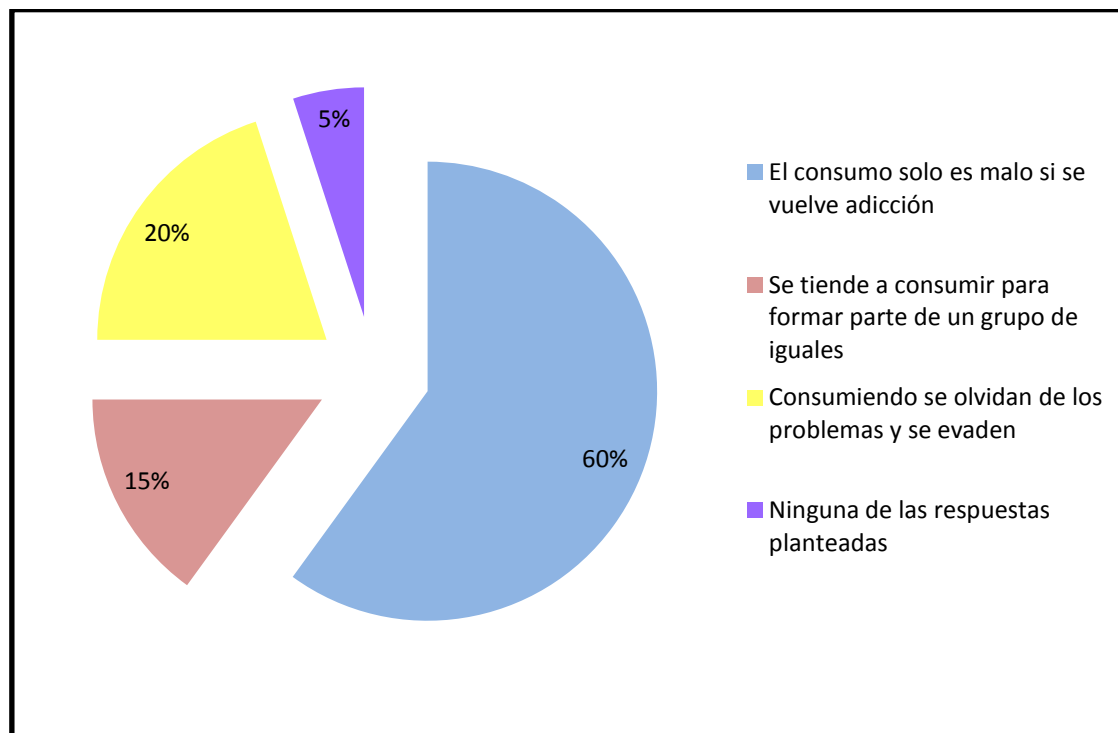


Gráfico 8. Percepción del menor sobre la droga. (Fuente: elaboración propia)

Otra variable a estudiar era la opinión que los chavales tenían sobre la droga. Ya que de esta manera, también se puede encontrar relación con las causas que le llevan al menor a consumir.

La mayoría con un 60% opinan que el consumo solo es malo si se vuelve adicción, un 20% piensa que el consumo le ayuda a olvidar sus problemas y a evadirse, un 15 % refleja que se consumen para formar parte de un grupo de iguales o de amigos, y en menor medida con un 5 % consideran que su relación con la droga no es por las cuestiones planteadas.

Dicho esto, se puede relacionar con el estudio de LA ESPADA (2005, p. 68) ya que aquí también se contrastan opiniones como "olvidar problemas y evadirme", "se tiende a consumir para formar parte de un grupo".

La respuesta más señalada dice mucho, ya que los menores solo entienden el consumo como algo negativo si se vuelve adicción.

En cuanto a las motivaciones AÑAÑOS F. (2005, p.99) añade que "*hacen referencia a la facultad de decidir y ordenar la propia conducta para aproximarse a las drogas y al estilo de vida que se asocia a su consumo. Los amigos, la búsqueda de identidad y de libertad, las inquietudes, las necesidades personales y sociales... tienen un papel destacado pues su actitud y posicionamiento influirán en el grado de motivación.*"

3.2.2.4 Causas del consumo

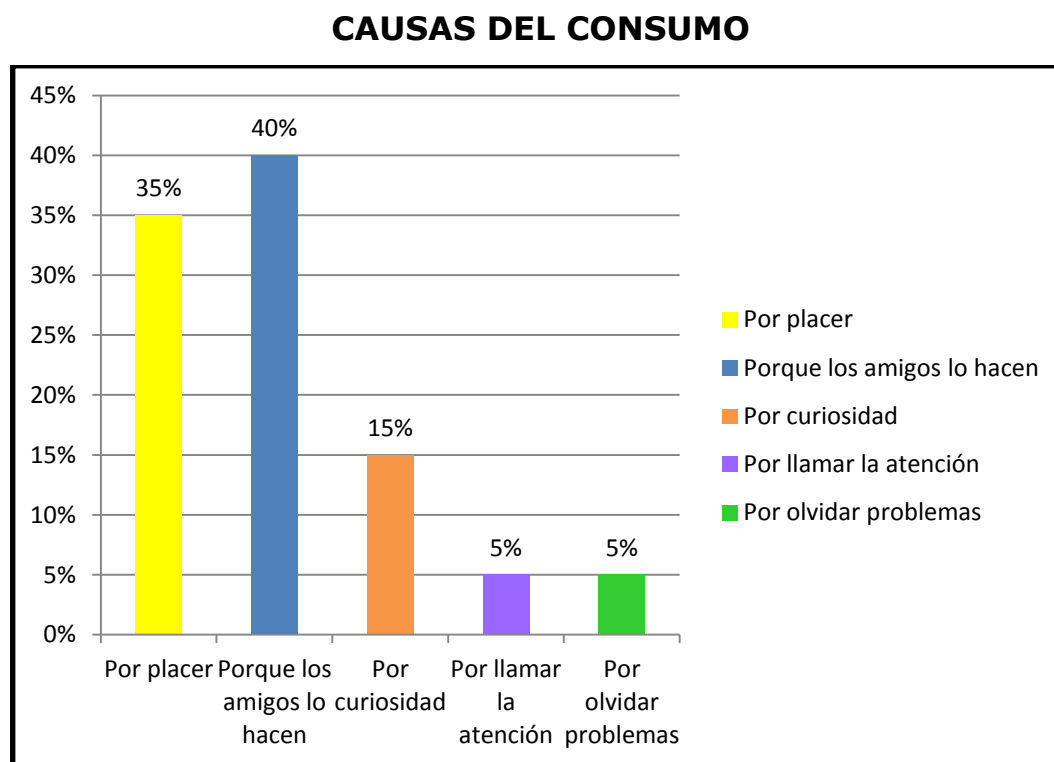


Gráfico 9. Causas del consumo. (Fuente elaboración propia)

En cuanto a las causas que le llevan al menor a consumir, plantean que:

- Un 40% dice que consumen porque sus amigos lo hacen.
- Un 35% consumen por placer
- Un 15% expresa que lo hacen por curiosidad

En menor manifiestan que lo hacen por:

- Llamar la atención (5%)
- Por olvidar sus problemas (5%)

Algunas de las causas que manifiesta LAESPADA (2005) se contrastan también en los cuestionarios planteados. Como por ejemplo: por olvidar problemas, porque mis amigos lo hacen, por curiosidad... (Existe una coherencia de ambos estudios.

3.2.2.5 Consecuencias del consumo

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO:

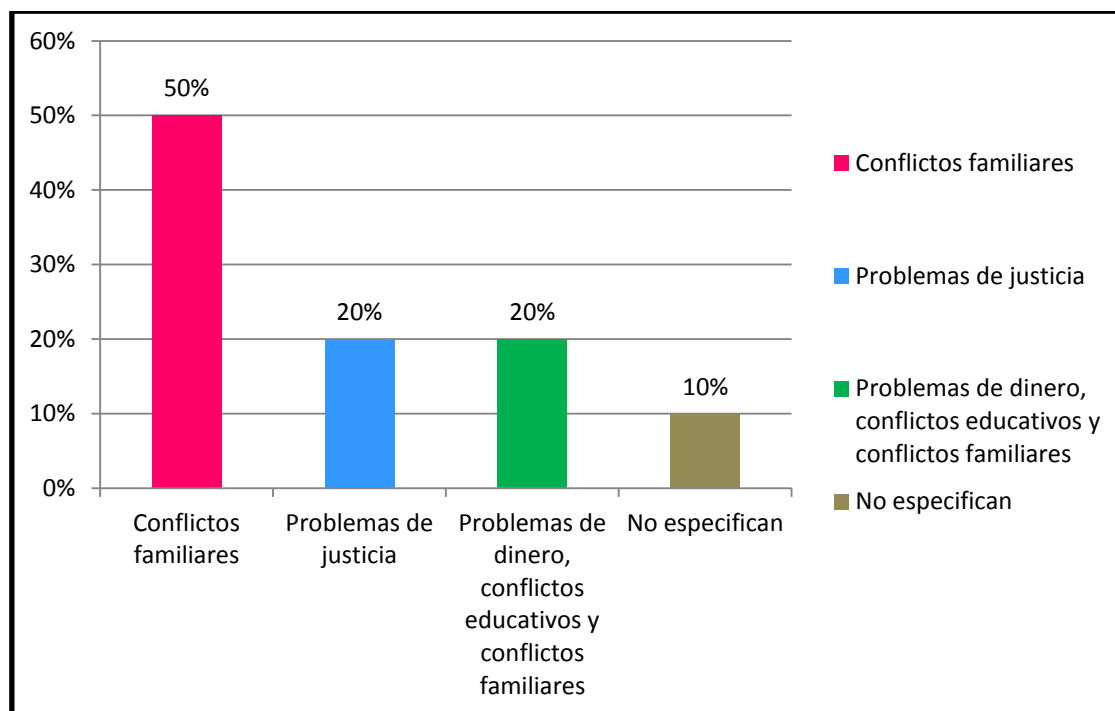


Gráfico 10. Consecuencias del consumo. (Fuente: elaboración propia)

Respecto a las consecuencias que han tenido los chicos/as encuestados por consumir sustancias son:

- Un 50% tiene conflictos familiares
- Un 20% ha tenido o tiene problemas de justicia (multas, juicios...)
- Un 20% ha tenido o tiene problemas de dinero, conflictos educativos, y conflictos familiares.
- Un 10% no especifican.

Aquí hay que destacar que como se planteaba en el marco teórico, el consumo es de carácter problemático ya que crea situaciones negativas en la vida del menor. A esto hay que añadirle que la adolescencia es una etapa en la que predominan los conflictos.

MEGÍAS et al. (2002), resalta que el salto generacional que se produce entre padres e hijos y las nuevas necesidades de autonomía de los adolescentes, provocan tensiones familiares lo que da lugar a la existencia de conflictos.

Es importante limitar al máximo los conflictos familiares, ya que esto produce un deterioro de la comunicación, la pérdida de ser un modelo positivo en la conducta de los hijos, disminución de la confianza...

3.2.3 La droga como condicionante.

3.2.3.1 Estado emocional:

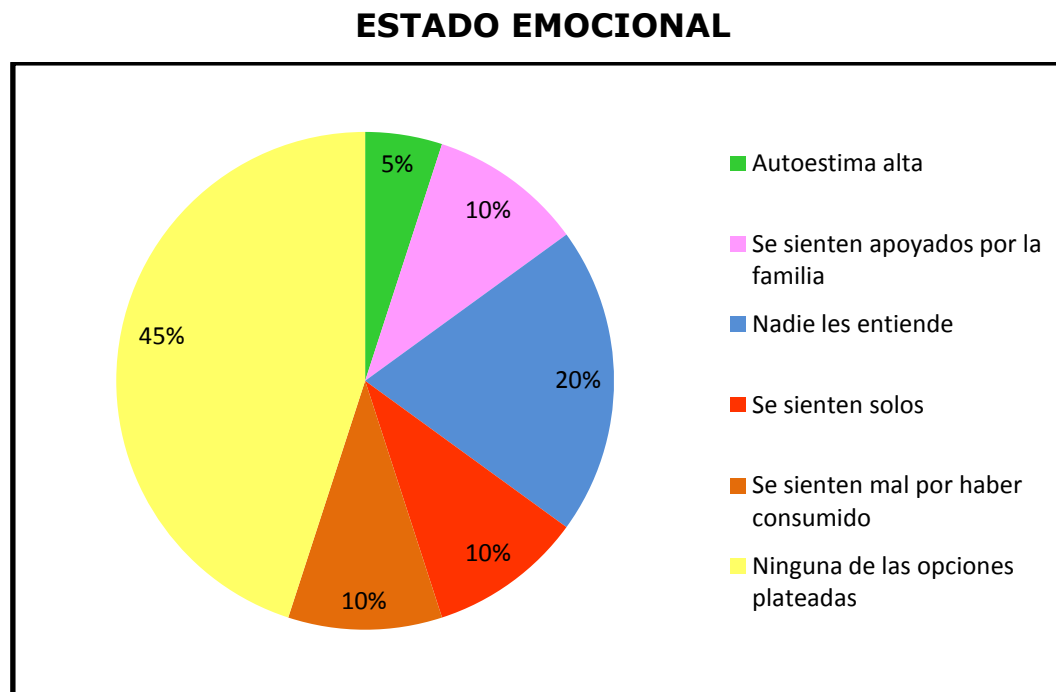


Gráfico 11. Estado emocional del menor. (Fuente: elaboración propia)

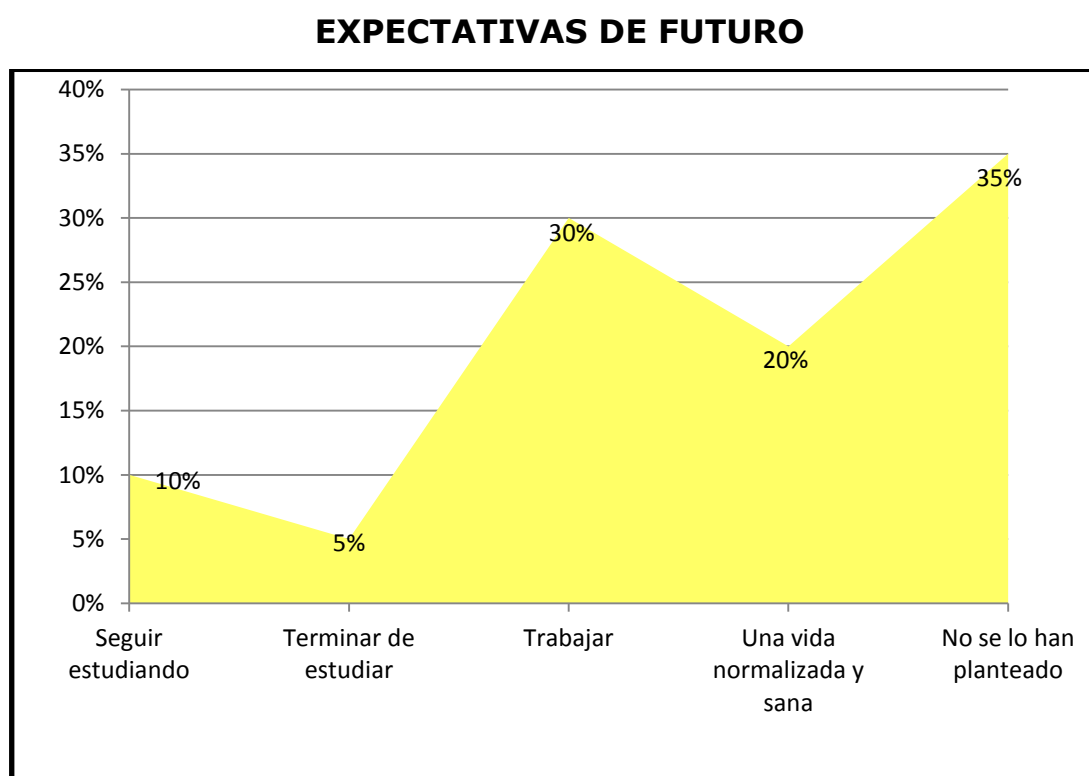
Tras los cuestionarios realizados, en cuanto al estado emocional la mitad de los encuestados (50%) no se siente identificado con ninguna de las opciones planteadas (autoestima alta, se sienten apoyados por la familia, nadie les entiende, se sienten solos, se sienten mal por haber consumido) un 20% considera que nadie les entiende, un 10 % se sienten apoyados por sus familiares, un 10% se sienten mal por haber consumido y otro 10% se sienten solos. 1 de cada 20 se siente con la autoestima alta.

El hecho de que el 50% no se sienta identificado con ninguna respuesta planteada es una cuestión bastante significativa y en la que habría que indagar más. Se puede interpretar como un aspecto positivo en el que no se siente solo y muy apoyado por los profesionales, o todo lo contrario.

No hay que olvidarse que la adolescencia se trata de una etapa en la que predomina la búsqueda de identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, inseguridad, contradicciones a la hora de manifestar su conducta y fluctuaciones del estado anímico...

Por tanto, el estado emocional está influido por consecuencias de los efectos de las drogas y por la etapa vital que están viviendo. Cuando hablamos de los efectos que pueden producir nos referimos a los cannabis (paranoias, ansiedad...) ya que es una droga muy consumida.

3.2.3.2 Expectativas de futuro:



**Gráfico 12. Expectativas de futuro de los menores consumidores.
(Fuente: elaboración propia)**

Una de las preguntas más planteadas por un adolescente es:

- ✓ ¿Por qué ocuparme del mañana si no tengo escrito mi presente?

Partiendo de esta pregunta, las expectativas de futuro de los adolescentes entrevistados responden:

- Un 35% no se han planteado nada sobre su futuro
- Un 30% quiere trabajar
- Un 20% manifiesta que quiere adquirir una vida normalizada y sana
- Un 10% quiere seguir estudiando
- Y sólo un 5% quieren terminar de estudiar.

Se puede percibir como la cuestión en una parte se cumple porque ni si quiera han pensado en su futuro. El resto quiere conseguir un hábito o adquirir una vida normalizada, tratando de evitar futuros problemas.

Por tanto, les interesa el presente mientras que el futuro y pasado son irreales. Piensan en que harán en un corto plazo, pero no a largo plazo. Tienen demasiados asuntos por descubrir y resolver en el momento evolutivo por el que está pasando, como para ocuparse de asuntos futuros.

3.2.3.3. Permisividad social

PERMISIVIDAD SOCIAL

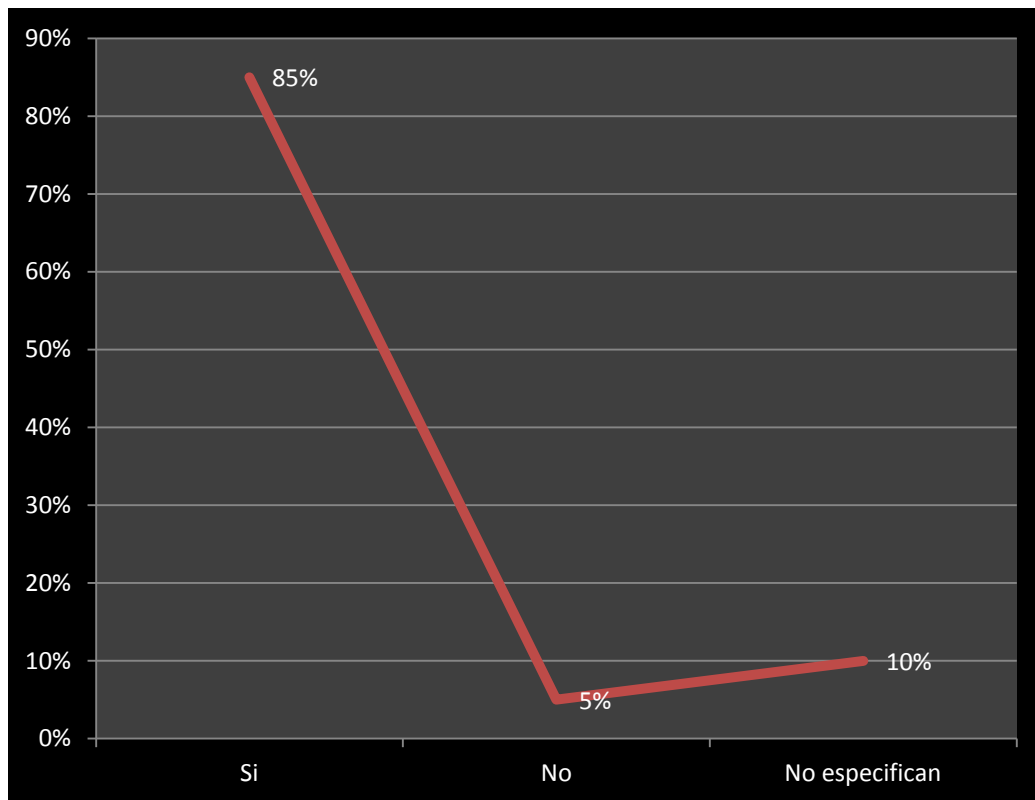


Gráfico 13. Permisividad social. (Fuente: elaboración propia)

3.2.4 Opinión de los menores sobre las intervenciones recibidas en el Centro de Solidaridad.

Por esta variable se entiende que existe un fácil acceso a las drogas, y que la sociedad en general tiende a manifestar prejuicios y etiquetas cuando ven a un menor consumiendo, percibiendo a éste como una figura negativa en la sociedad.

Al comienzo del trabajo se planteó una hipótesis en cuanto a la existencia de la permisividad social y familiar, por tanto era de interés relevante, saber la percepción de los chavales sobre esta cuestión.

El 85% de los encuestados creen que existe una permisividad social incluso en algunos casos especifican que por sus propios padres o adultos de referencia.

Un 5% considera que no, mientras un 10% no especifican.

GÓNZALEZ CALLEJA F. et al (1996) comenta que la “sociedad consumista” que nos rodea, y nuestro ambiente forma parte están fuertemente enraizados en una sociedad de consumo. Los adolescentes no son ajenos al bombardeo consumista; a pesar de su dependencia económica hoy en día la adolescencia posee un poder adquisitivo mediatizado que en otros años no se ha tenido, de hecho, un sector cada vez más importante del mercado se dirige a ellos casi en exclusiva.

Es curioso que dos productos, tabaco y alcohol, altamente nocivos para nuestro bienestar se nos intenten presentar siempre con imágenes y mensajes de seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual. Muchos eslóganes publicitarios sugieren representaciones ideales, ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada.

Como bien expresa MOWBRAY, R. (1994) la familia y la sociedad se deben de plantear como prioritario atajar el problema e incidir sobre la demanda, y a través de la participación social crear estructuras sociales que mejoren esta problemática aumentando el bienestar social.

3.2.4.1 Aspectos positivos del centro

ASPECTOS POSITIVOS DEL CENTRO

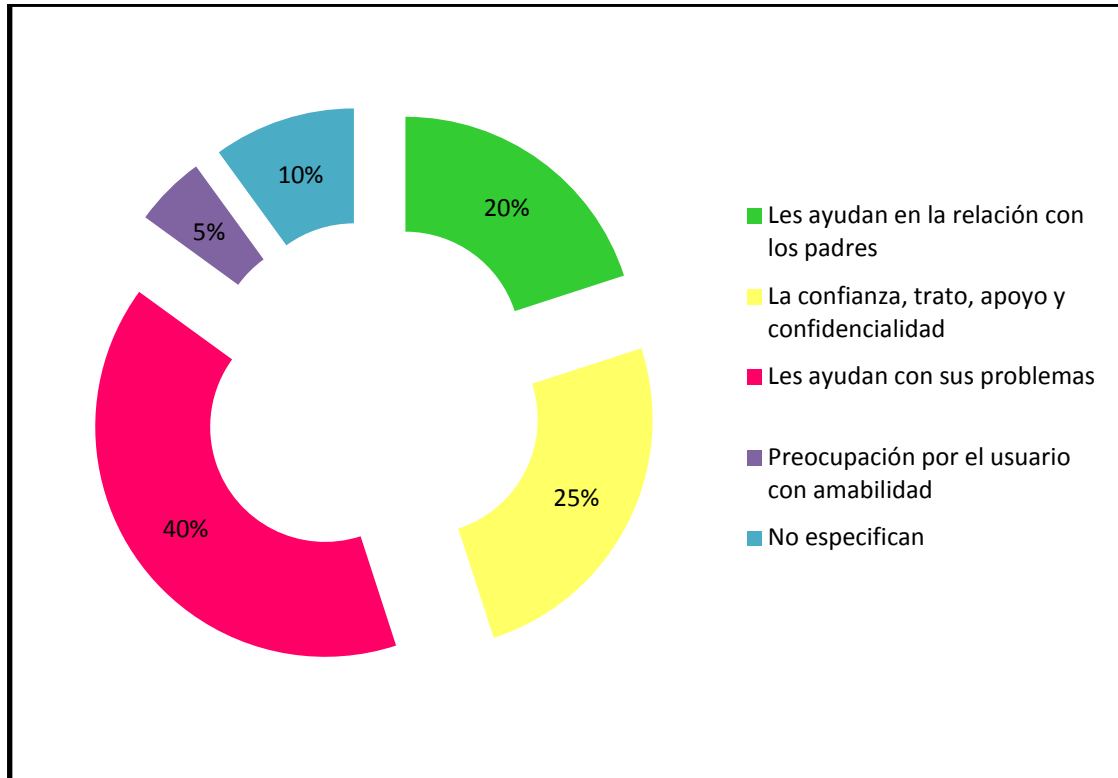


Gráfico 14. Aspectos positivos del centro (Fuente: elaboración propia)

- Para comprobar la eficacia del centro no solo es conveniente entrevistar a un profesional, si no que no está demás ver qué opinión tienen los propios usuarios sobre éste.
- Un 40% piensa que el centro le ayuda con sus problemas
- Un 25% está contento con la confianza, el trato, el apoyo y la confidencialidad que se establece entre profesional-usuario.
- Un 20% manifiesta que el centro les ayuda en las relaciones con sus padres.
- Un 10% no especifican
- Un 5% creen que existe una preocupación por el usuario acompañado de con amabilidad.

- Los resultados son positivos, ya que la mayoría los posiciona como un recurso positivo, ya que se sienten ayudados, apoyados, por los profesionales en sus situaciones problemáticas.

3.2.4.2 Aspectos negativos del centro

ASPECTOS NEGATIVOS DEL CENTRO

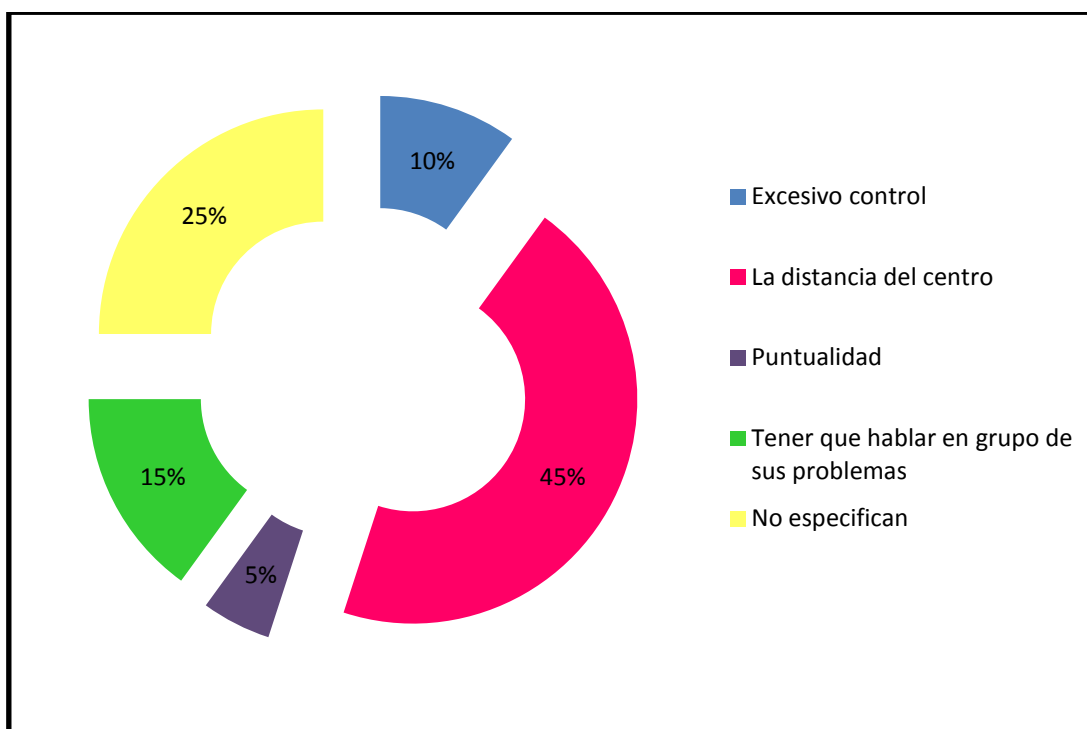


Gráfico 15. Aspectos negativos del centro. (Fuente: elaboración propia)

- Un 45% opina que el centro está lejos (situado en Valdefierro)
- Un 25% no especifican (esto se puede considerar positivo porque no cambiarían nada, o negativo porque cambiarían cosas y no han querido manifestarlas)
- Un 15% piensa que deberían modificar el tener que hablar en grupo de sus problemas.
- Un 10% el excesivo control (haciendo especial énfasis al comienzo)
- Un 5% cree que se debería de mejorar la puntualidad (ya que falla en algunos casos)

➔ Los aspectos que marcan no son todos negativos ya que algunos forman parte del proceso como: la imposición de normas, el hablar en grupo de sus problemas...

3.2.4.3 Propuestas de mejora

PROPUESTAS DE MEJORA

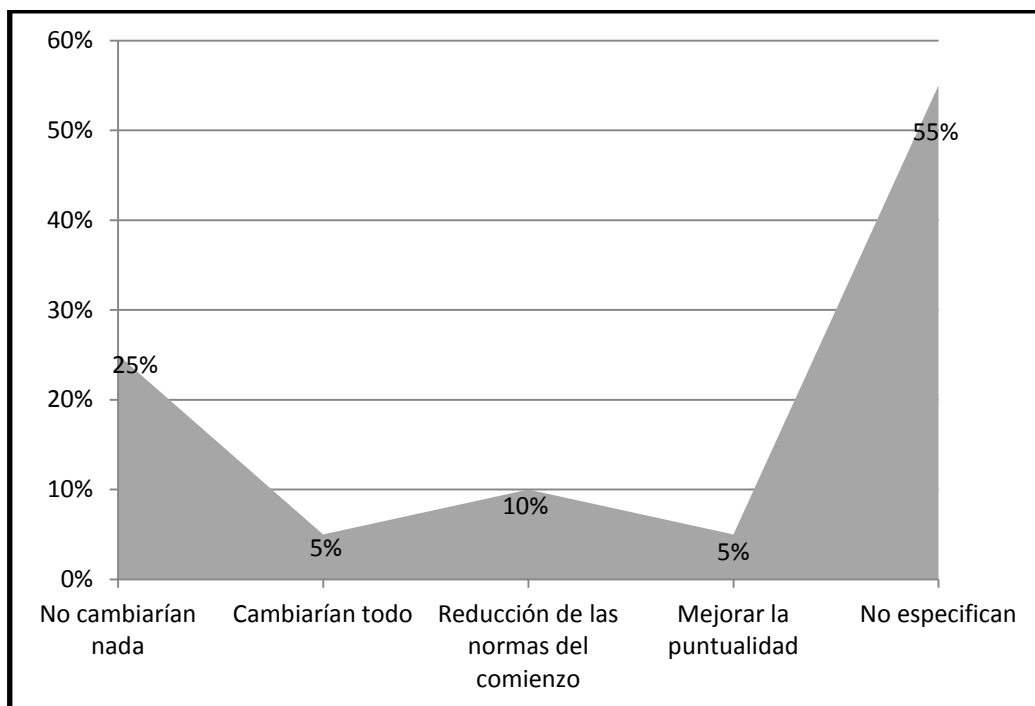


Gráfico 16. Propuestas de mejora (Fuente: Elaboración propia)

- El 55% no especifican (también se puede interpretar como positivo, si están conformes con todo lo que se les proporciona, o como negativo si no lo están)
- El 25% no cambiarían nada
- El 10% propone reducir las normas del comienzo
- El 5% cambiarían todo
- El 5% mejorar la puntualidad

En general los aspectos que se proponen para mejorar la intervención recibida son mínimos, es muy escaso el porcentaje (5%) que expresa que

cambiarían todo. El tema de la puntualidad y las normas del comienzo es muy abierto, el primer aspecto sí que se transmitirá a los profesionales del centro y el segundo es orientativo, ya que lo más probable es que se haga con una cierta lógica para que los adolescentes no piensen que pueden hacer lo que deseen sino que están sometidos a una serie de limitaciones y normas.

3.2.4.4 Relación con los profesionales



Gráfico 17. Relación con los profesionales (Fuente: elaboración propia)

Otros aspectos primordiales para posteriormente poder evaluar la eficacia del centro constan de dos variables: la relación entre profesional-usuario, y si los adolescentes usuarios consideran que la atención llevada a cabo por el equipo multidisciplinar es correcta o no.

En la primera variable, hay que aclarar que 1 se considera relación muy mala y 10 relación muy buena. Por tanto del 1 al 4 se supone que la relación es más bien negativa, del 5 a 7 es buena, y a partir de 8 hasta 10 muy positiva.

Como se refleja en el gráfico en la mayoría de los casos encuestados, existe una relación bastante positiva:

- Un 30% la considera de un 9
- Un 25% la considera de un 8
- Un 20% la considera de un 10
- Un 15% la considera de un 7
- Un 5% la considera de un 1
- Y otro 5% no especifican

3.2.4.5 Atención correcta

ATENCIÓN CORRECTA

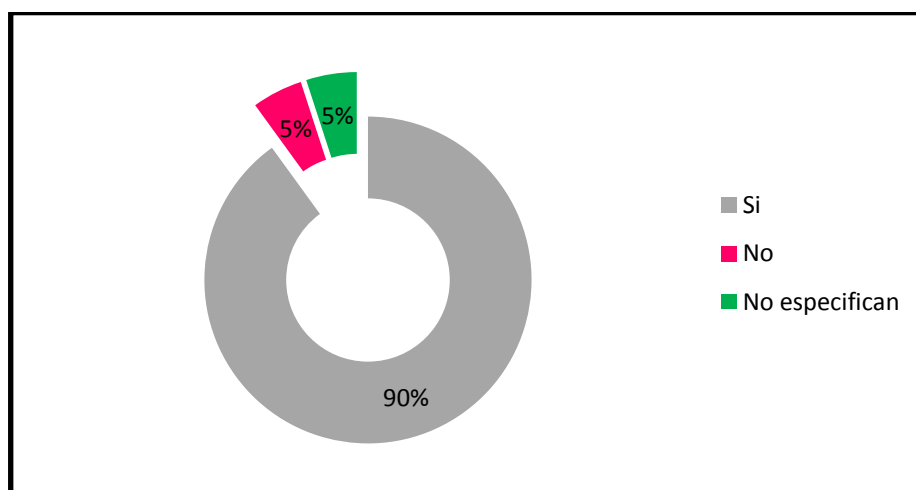


Gráfico 18. Atención correcta. (Fuente: Elaboración propia)

Otro punto a favor del centro, es que el 90% de los encuestados opinan que la atención es correcta, mientras un 5% opina que no, y otro 5% no especifica.

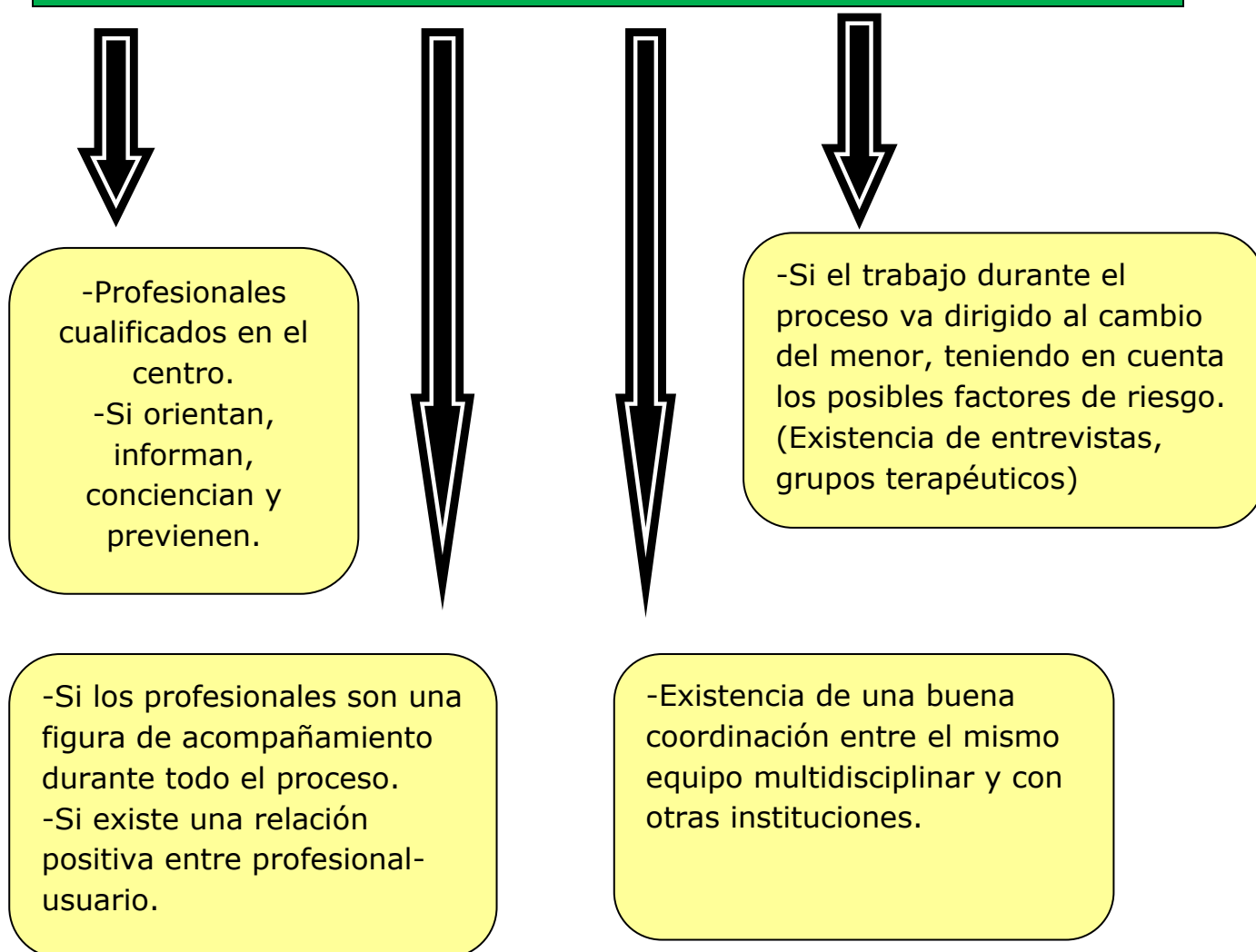
A través de estos resultados se puede expresar que la manera de desarrollar la intervención profesional no es negativa si no positiva, lo cual es muy importante para poder evaluar la atención del centro.

3.3 Evaluación de la calidad en cuanto a las intervenciones llevadas a cabo en ambos recursos (CMPA y Centro de Solidaridad)

A continuación se procede a realizar una evaluación sobre la calidad para verificar o por el contrario refutar si las intervenciones con menores consumidores son eficaces.

Antes de nada es necesario aclarar brevemente que:

Cuando hablamos de calidad, nos referimos a si existe:



Mapa conceptual 4. Interpretación de la calidad (Elaboración propia)

En cuanto al recurso de CMPA, a nivel general dentro del trabajo social el centro cuenta con profesionales cualificados. La intervención en todo momento trata de orientar e informar al usuario, haciendo especial énfasis en la concienciación sobre la problemática en la que el menor se ve afectado: el consumo de determinadas sustancias.

El trabajador social, es una figura que tiene especial interés ya que sus principales funciones van orientadas hacia el cambio del menor. Esto no significa que el profesional se haga cargo de éste, si no que el propio adolescente consumidor de sustancias, sea el protagonista de ese cambio. Para ello, el trabajador social realiza una función de acompañamiento, y trabaja tanto a nivel individual como grupal temas de: autoestima, respeto, dignidad, tolerancia... haciendo énfasis a su vez, en los proyectos vitales de estos chavales.

La intervención del profesional a rasgos generales podemos decir que sí que es eficaz, ya que cumple un papel de concienciación y orientación, y también trata de profundizar sobre el mal funcionamiento de las actitudes e inquietudes del menor para conseguir que éste asuma su rol hacia el cambio, siendo una figura de acompañamiento a lo largo del proceso. Todo ello, se lleva a cabo a través de las entrevistas individuales y participación en las terapias grupales que proporciona el centro.

Quizá sí que existan algunas carencias como hacer un mayor hincapié en la falta de autocontrol, ya que es una de las principales causas que llevan al menor a consumir, dada la etapa vital en la que se encuentra: la adolescencia.

Una cuestión importante dentro de la intervención del trabajador social es que éste debe de ejercer un seguimiento del usuario. En el centro una vez que se termina la terapia, se cita a la persona una vez al mes. En este

aspecto, sobre todo al comienzo de haber terminado la terapia, debería de ser más continuo y hacer mayor hincapié.

Respecto al Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre) desarrolla un plan de prevención para menores consumidores. Para conseguirlo, se centran en ofrecer orientación, apoyo, realización de un diagnóstico (valorando a su vez las distintas áreas del menor: familiar, educativa, ocio y tiempo libre...) teniendo en cuenta los posibles factores de riesgo que pueden existir en todo momento, asesoramiento tanto familiar como un tratamiento integral personalizado con el menor.

Se hace especial énfasis en la relación profesional-usuario, y en todo momento se trata de que el menor consiga un proceso de maduración adquiriendo una serie de habilidades sociales que le ayude en su proceso personal y en su situación problemática.

Respecto al trabajo terapéutico para mejorar el consumo, la afectividad y la conflictividad familiar, se llevan a cabo dos tipos de grupos; abiertos (grupos de autoayuda) y cerrados (sobre temas más concretos)

La mayoría de los adolescentes encuestados expresan que mantienen una buena relación entre profesional-usuario, lo cual implica que el profesional, se ha ganado de manera correcta la confianza del menor, y ha sabido desarrollar la empatía.

Esa relación positiva entre profesional-usuario también se ve relacionada en las encuestas cuando se cuestionan los aspectos positivos del centro, responden que se sienten ayudados con sus problemas, en sus relaciones con los padres, sienten que tienen confianza, buen trato, apoyo y confidencialidad por parte de los profesionales, es decir, se preocupan con una cierta amabilidad en todo momento por el usuario.

Los aspectos negativos sobre el centro que nombran los menores encuestados, son minoritarios como: inconvenientes al hablar en grupo sobre sus problemas (no son conscientes de que forma parte del tratamiento y que le sirve de autoayuda), el establecimiento de normas estrictas sobre todo al comienzo (quizás surge la necesidad de reforzar mediante normas esa falta de autocontrol), la puntualidad...

Por tanto, podemos decir que la intervención que se realiza desde lo social es eficaz y adecuada, ya que el centro trata de abordar la realidad en la que se interviene teniendo en cuenta todos los factores y elementos que interactúan en el proceso educativo y terapéutico.

En otras palabras, el trabajador social es una ayuda técnica que favorece el establecimiento y fortalecimiento del propio menor y de sus relaciones con las diferentes áreas; familiar, educativa... Por tanto, interviene sobre todos aquellos obstáculos que impiden el desarrollo correcto del menor, entre ellos el consumo de drogas.

3.3.1 La importancia de la coordinación con otras instituciones:

No hay que olvidarse de que muchos de los casos son derivados por instituciones ya sean sanitarias, educativas..., y debe de existir una coordinación sobre éstas y el centro especializado. Hasta el momento lo que se ha investigado es la eficacia de los centros desde la perspectiva social del profesional-usuario, pero no estaría de más indagar sobre la existencia o no de la coordinación entre la institución que deriva el caso y el recurso especializado (como CMPA, Centro de Solidaridad...) Ya que la función de coordinación en mayor medida debe de ser desarrollada por la institución que deriva, ya que el centro correspondiente tiene la función de cubrir y satisfacer la necesidad demandada.

Por tanto, un elemento primordial para conseguir una buena intervención en trabajo social, es que exista una coordinación entre los diferentes profesionales que trabajan con el menor. En los centros especializados expuestos, este aspecto se desarrolla correctamente.

4. CONCLUSIONES

A continuación se destacarán una serie de aspectos característicos a modo de conclusiones, a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de este estudio que define la intervención desde el trabajo social, con menores consumidores en Zaragoza.

1. *Existe una gran problemática actual, en la que los jóvenes inician el consumo de drogas (legales, cannabis y otras más fuertes) en edades muy tempranas.* Las motivaciones para este inicio, guardan relación con estados y situaciones propias de la adolescencia. En esta etapa vital se produce una inadaptación social, donde determinados comportamientos y pensamientos de los jóvenes se encuentran fuera de las normas socialmente aceptadas.

Hay figuras y ámbitos como la familia, los centros educativos...que determinan de forma significativa la socialización del menor y por tanto; su adaptación o inadaptación, su integración o exclusión.

La familia constituye un elemento fundamental, ya que ejerce una gran influencia en el desarrollo y educación del menor.

2. *Cuando se interviene con este colectivo (menores consumidores de 14 a 18 años), hay que tener en cuenta* que se encuentran en un periodo en el que predomina: la búsqueda de su identidad, la necesidad de independencia, la tendencia grupal, y las relaciones conflictivas sobre todo con los progenitores ya que éstos, quedan en un segundo plano prevaleciendo las relaciones con el grupo de amigos.

Es importante destacar que el grupo de iguales es un factor de riesgo al igual que la permisividad familiar y social... pero éste ejerce especial

influencia hacia el consumo, aunque también sirven de apoyo social y aportan elementos protectores como por ejemplo la estabilidad emocional.

3. En cuanto a las intervenciones que desempeñan los profesionales desde la aportación del Trabajo Social, en este caso, de dos recursos especializados (CMPA y Centro de Solidaridad), hay que resaltar que:

-Ambos centros tratan de conseguir un cambio en el menor propiciando una figura de acompañamiento y orientación durante el proceso, intentando lograr que el propio adolescente sea protagonista de su cambio y consiga un proceso de maduración en el que adquiera una serie de competencias en su proceso personal.

- La intervención que se realiza desde lo social es eficaz y adecuada, ya que los profesionales tratan de abordar la realidad en la que se interviene teniendo en cuenta todos los factores y elementos que interactúan en el proceso educativo y terapéutico. El trabajador social es una figura que favorece el establecimiento y fortalecimiento del propio menor, tratando lograr un desarrollo positivo en la conducta del mismo.

4. Respecto a la percepción que tienen los menores consumidores usuarios del Centro de Solidaridad, en términos generales es positiva, ya que las propuestas a cambiar son mínimas, manifestando que la atención es correcta y la relación entre profesional-usuario en la mayoría de los casos está entre buena y muy buena, por tanto existe una relación de confianza mutua que favorece la mejora de la situación del menor.

5. Tras el estudio cuantitativo utilizado (encuestas a adolescentes entre 13 y 18 años consumidores de sustancias y usuarios del Centro de Solidaridad) se puede extraer que:

-Las drogas que más se consumen entre los adolescentes son el tabaco, el alcohol y los cannabis, independientemente del sexo. El consumo de alcohol es de tipo social, ya que se suele realizar en grupo a través del "botellón" los fines de semana, mientras que el consumo de cannabis y el tabaco se producen en la mayoría de los casos diariamente. Otras drogas fuertes como la cocaína o speed, se consumen en ocasiones más puntuales.

6. En los casos en los que existen antecedentes consumidores de drogas ilegales, suelen ser los propios progenitores o hermanos/as del menor, por tanto *existe una reproducción en el consumo de los hijos.*

7. Como verifican otros estudios realizados, *el adolescente percibe la droga como negativa sólo cuando ésta se vuelve adicción, y a través de ella se produce una evasión de los problemas.*

-Las causas que conllevan al menor a consumir es porque su grupos de iguales lo hace, por placer, por curiosidad, por llamar la atención o por olvidar sus problemas.

-Respecto a las consecuencias que conlleva el consumo, son en mayor medida conflictos familiares, educativos, problemas de dinero y problemas con la justicia.

8. *El estado emocional del menor consumidor tiene relación con sus expectativas de futuro:*

El estado emocional en esta etapa es inestable y con altibajos. En cuanto a las expectativas de futuro son escasas y refieren a las necesidades del momento, aunque hay otros menores que muestran pensamientos de estabilizar su vida y que ésta se encuentre normalizada y sana.

9. *Se trata de una situación problemática que si se trabaja de forma preventiva y se actúa de manera eficaz, se pueden producir resultados positivos.* Se deberían eliminar los estereotipos y prejuicios sobre los menores "drogodependientes"... ya que el problema no solo proviene de actitudes y comportamientos propios de la adolescencia, sino que también influye la *permisividad familiar y social en la que el menor se desenvuelve*, y desde la que hay que empezar a trabajar para disminuir el riesgo y el fácil acceso al consumo de sustancias.

4.1 Propuestas de actuación:

Con la información obtenida a lo largo de la investigación considero que para mejorar y facilitar la intervención con menores consumidores y por otro lado prevenir dicha problemática, se pueden llevar a cabo una serie de propuestas de mejora:

- ✚ Aumentar charlas de personas que hayan tenido realmente problemas con las drogas (jóvenes) y que cuenten sus vivencias en los centros educativos como forma de prevención y concienciación.
- ✚ Crear un centro dirigido a mejorar los comportamientos y actitudes derivados del consumo de drogas de estos menores, para paliar la problemática. Se trataría de un centro cerrado, donde el menor se

alejara de su entorno durante un tiempo (1 mes y medio aproximadamente) y quedase sometido a una serie de normas y límites estrictos. La finalidad de crear este espacio estaría orientada hacia la educación (hábitos, pautas...), lo terapéutico (terapias individuales y grupales) y social (formas de socialización, trabajo de habilidades sociales...)

- ✚ Diseñar y llevar a cabo un espacio dirigido al pleno seguimiento posterior al tratamiento de los diferentes servicios especializados. Lo cual, facilitará una intervención integral favoreciendo la resocialización y reeducación del menor.

- ✚ Crear campañas de concienciación dirigidas a los referentes paternos como vía de comunicación de los problemas de estos menores y cómo deben actuar ante dicha situación. Cuya finalidad es que los padres sean el apoyo principal de sus hijos tratando de comprender la situación, y que ante circunstancias críticas sepan dónde acudir y pedir ayuda profesional.

5. BIBLIOGRAFÍA

AÑAÑOS BEDRIÑANA F., *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo*, Dykinson, Madrid, 2005, Pg. 99-152.

BROOK J., WHITEMAN M., GORDON A. y BEOOK D., *The Role of Older Brothers in Younger Brothers' Drug Use Viewed in the Context of Parent and Peer Influences*, The Journal of Genetic Psychology, 1989, Pg. 59-75.

CASTILLO R., DÍAZ J., GALLEGU A., SANTIAGO E., *Reflexiones sobre la construcción social y cultural del botellón*, Grupo Editorial Universitario, Granada, Pg. 167-169.

DE PEDRO HERRERA D., *Conceptos, teorías y métodos del Trabajo Social: Tema 2 modelos*, Universidad de Zaragoza, Apuntes del curso 2008-2009.

FAD, *Información general para la prevención de las drogodependencias*, Madrid, 1997.

GAMELLA J., y JIMÉNEZ M^a L., *El consumo prolongado de cannabis. Pautas, tendencias y consecuencias*, FAD/Junta de Andalucía, Madrid, 2003, p. 173-175.

GARCÍA AGUADO P., *Mañana lo dejo*, Bresca, Barcelona, 2008, p.124

GARCÍA MÍNGUEZ J., *Debate sobre la representación social de las drogas*, Grupo Editorial Universitario, Granada, 2001, pg. 93.

GONZÁLEZ CALLEJA F. et al., *Consumo de drogas en la adolescencia*, Universidad complutense de Madrid, Madrid, 1996, p. 3-5

GRACIA BALLARÍN J.M, *Drogodependencias: guía para jóvenes*, Diputación general de Aragón, Aragón, 1990, pp.27-51

LAESPADA, M.T., *El concepto de vulnerabilidad y paradigmas de interpretación en los menores vulnerables y su relación con las drogas*, Instituto desusto de drogodependencias, Bilbao, 2005, p.68.

MARCHAL ESCALONA N., *Manual de lucha contra la droga*, Aranzadi Thomson Reuters, Navarra, 2011, pp. 147-148.

MARCO FABRE M., *Las muestras. Cómo averiguar lo que piensan todos preguntando a unos pocos*, Apuntes de clase, Universidad de Zaragoza, 2010, p. 2

MAYOR J., *Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social*, Cuadernos del Trabajo Social, 1995, p. 231
URL:[<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119444>] (Última consulta: 28 de junio de 2012)

MEGÍAS E., ELZO J., MEGÍAS S., MÉNDEZ S., NAVARRO F., y RODRIGUEZ E., *Hijos y padres: comunicación y conflictos*, FAD, Madrid, 2002, p. 171

MOWBRAY R., *Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias*, CREFAT, Madrid, 1994, p.80

OLIVAS BLASCO A., *Drogodependencias y servicios sociales*, Diputación General de Aragón, Zaragoza, 1989, p. 10-20.

RODRÍGUEZ E., BALLESTEROS J.C., RODRIGUEZ M.A, MEGÍAS E., *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas. Del estereotipo a la complejidad*, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 2008, p.23

SANCHEZ RAMOS, J.M, Tesis doctoral. *Un recurso de integración social para niños/as adolescentes en situación de riesgo*, Universidad de Granada, 2011, p.44

SIERRA BRAVO R., *Técnicas de investigación social*, Paraninfo, Madrid, 1995, p.60 y 355

SSEBASTIÁ F., LÓPEZ J.R, y MONLEÓN J., *Las drogodependencias*, Barcelona, 1990, p. 65

VISCARRET J.J, *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid, 2007, p. 118-275.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008, págs. 15-60

5.1 WEB GRAFÍA:

- <http://www.bibliotecabombelli.org.ar/biblioteca/drogas.htm> (Fecha de consulta: 01/03/12) AÑADIR EN LA WEBGRAFÍA
- Gobierno de España – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.. www.pnsd.msc.es (Fecha de consulta: 06/02/12)

5.2 LEGISLACIÓN CONSULTADA:

- Ley Orgánica 8/2006, de 4 de Diciembre, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Plan Nacional sobre drogas de 2009
- II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016 (de Aragón.

6. INDICE DE MAPAS CONCEPTUALES

Mapa conceptual 1. Consecuencias del consumo (Elaboración propia)	33
Mapa conceptual 2. Tratamiento integral individualizado. (Elaboración propia)	39
Mapa conceptual 3. Acogida e intervención del menor consumidor. (Elaboración propia)	43
Mapa conceptual 4. Interpretación de la calidad (Elaboración propia).....	76

7. INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Finalización del tratamiento (Fuente: Elaboración propia)	40
Tabla 2 . Cuadro comparativo de los recursos especializados. (Fuente: Elaboración propia)	50

8. INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género del menor consumidor (Fuente: Elaboración propia)	52
Gráfico 2. Edad de los menores consumidores (Fuente: elaboración propia)	53
Gráfico 3. Antecedentes del menor consumidor (Fuente: elaboración propia)	54
Gráfico 4. Antecedentes/ Quién (Fuente: elaboración propia)	55
Gráfico 5. Amigos consumidores (Fuente: elaboración propia)	57
Gráfico 6. Drogas consumidas por los menores. (Fuente: elaboración propia)	58
Gráfico 7. Frecuencia del consumo (Fuente: elaboración propia)	60
Gráfico 8. Percepción del menor sobre la droga. (Fuente: elaboración propia)	62
Gráfico 9. Causas del consumo. (Fuente elaboración propia)	63
Gráfico 10. Consecuencias del consumo. (Fuente: elaboración propia)	64
Gráfico 11. Estado emocional del menor. (Fuente: elaboración propia)	66
Gráfico 12. Expectativas de futuro de los menores consumidores. (Fuente: elaboración propia)	67
Gráfico 13. Permisividad social. (Fuente: elaboración propia)	69
Gráfico 14. Aspectos positivos del centro (Fuente: elaboración propia)	71
Gráfico 15. Aspectos negativos del centro. (Fuente: elaboración propia) ...	72
Gráfico 16. Propuestas de mejora (Fuente: Elaboración propia)	73
Gráfico 17. Relación con los profesionales (Fuente: elaboración propia)	74
Gráfico 18. Atención correcta. (Fuente: Elaboración propia)	75

9. ANEXOS