Cada vez más cerca de las personas

Cruz Roja Española

Juventud, Alcohol y Cocaína.

Guía para la intervención.

Cruz Roja Juventud

© Cruz Roja Española ▪ 2010

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin el permiso previo y por escrito de los y las titulares del Copyright.

Edita: Cruz Roja Española
Reina Victoria, 26
28003 Madrid

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Política Social.

Coordinación:

Cristina Ferrero Camacho. Programa Promoción y Educación para la Salud.

Malena Sánchez Granados. Programa Atención a Drogodependientes.

Redacción:

Alejandro Vigil Morán

Béatrice Martín i Cebrián

Miguel del Nogal Tomé

Montse Alonso Rayo

Patricia Martínez Redondo

Agradecimientos:

Almudena Sánchez Rodríguez

Ana Blanco García

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo

Gloria Gonzalo Urtasun

Lorena Casette Fernández

Mª José Mayorgas

Mª Pura Serrano Rivas

Marta San Macario

Miguel Ángel Torres Hernández

Patricia Robledo Montoya

Raquel Díez García

Sonia Fernández Rodríguez

Diseño y maquetación: Yamil Cure

Juventud, Alcohol y Cocaína.

Guía para la intervención.

Índice de contenidos.

0. Introducción. 7

1. Justificación de la guía. 11

2. Incidencia en la población joven. 17

2.1. Análisis del fenómeno de las drogas entre la juventud. 19

2.2. Prevalencias de los consumos de drogas. 19

2.3. Prevalencias específicas de los consumos de alcohol y cocaína. 21

2.4. Evolución de la edad de inicio. 23

2.5. Motivos por los que la juventud consume drogas. 24

2.6. Disponibilidad de las sustancias entre la juventud. 25

3. Repercusiones de los consumos en la Juventud. 31

3.1. Nuevo contexto social. La juventud hoy. Incidencia y evolución de los consumos en la sociedad española. 32

3.2. Efectos del consumo desde la dimensión fisiológica de la persona. 43

4. Abordajes de intervención desde la prevención y la atención y el tratamiento. 53

4.1. La prevención. 54

4.2. La atención y el tratamiento. 71

4.3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. 80

4.4. Agentes y recursos para la intervención en drogodependencias con juventud. 88

5. Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. 95

5.1. ¿Por qué hablar de género? 96

5.2. Incorporando algunas cuestiones transversales en drogodependencias. 100

5.3. Algunos ejemplos para la intervención en drogodependencias. 103

5.4. Conclusión. 109

6. Conclusiones y recomendaciones. 111

6.1. El encuadre. 113

6.2. Establecimiento de objetivos con juventud consumidora de cocaína y alcohol. 115

6.3. La familia, eje central de la intervención, eterna sufridora. 117

6.4. Trabajo en red. 119

6.5. Conclusión. 119

7. Bibliografía y Recursos. 123

© DepositPhotos/ Valuavitaly

0. Introducción.

0. Introducción.

A lo largo de los años, la red de servicios de Cruz Roja (CR) que previene y atiende problemas relacionados con drogodependencia, ha experimentado una notable trasformación como consecuencia de la evolución de los procesos adictivos, los cambios en los patrones de consumo y en los perfiles de las personas que usan y abusan de sustancias. Todo ello, condicionado por múltiples factores e íntimamente relacionado con las circunstancias socioeconómicas y político- sociales del país.

En los últimos treinta años, la actividad de CR se ha adaptado a las necesidades sociales emergentes para ofrecer actuaciones eficaces y acordes con la nueva realidad de las adicciones: prevención del consumo, reducción de riesgos, distintas alternativas terapéuticas, reducción de daños e inserción socio-laboral.

El crecimiento del consumo conjunto de alcohol y cocaína entre la juventud y las consecuencias sociosanitarias asociadas, se plantean como una nueva realidad en la que los y las profesionales (personal laboral y voluntario) de nuestra Institución han de intervenir adecuadamente.

La apuesta por la calidad de la intervención y la formación del personal que conforma los equipos de actuación, distinguen el trabajo de la Institución.

Por todo ello, y fruto del curso de Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, desarrollado en Madrid los días 13, 14 y 15 de abril de 2010, se genera la presente guía.

La publicación está destinada a las y los profesionales que se dedican a la prevención del consumo de drogas entre la juventud, así como a aquellas y aquellos que atienden y tratan a jóvenes que mantienen cualquier patrón de consumo en relación a las mismas (inicial, esporádico, habitual, etc.), haciendo especial hincapié en el binomio alcohol y cocaína. No obstante, para todas aquellas familias, amistades, etc. que tengan dudas y necesiten resolverlas, éste también será un material útil.

La intervención educativa, tanto en el ámbito de la prevención como en el de la atención y tratamiento, debe partir del análisis y reflexión en torno a la realidad en la que se pretenden poner en marcha las acciones concretas.

Por ello, habiéndose justificado la necesidad de abordar el problema del consumo de alcohol y cocaína entre la juventud en el primer capítulo de la presente guía, en el segundo capítulo se describe la incidencia actual del consumo de drogas entre población joven española, a partir de una comparativa cronológica a nivel estatal y en relación a cifras europeas.

A continuación, en el tercer capítulo, se aborda la repercusión de los consumos entre la juventud a nivel social e individual. Por un lado, se analiza el contexto social actual y la incidencia de los consumos en nuestra sociedad, partiendo de la evolución que han sufrido dichos consumos en las últimas décadas, haciendo hincapié en el alcohol y la cocaína, y de cómo influyen los estilos educativos y los valores sociales establecidos en las conductas juveniles.

Por otro lado, en este mismo capítulo, se definen conceptos básicos en el ámbito de las drogodependencias (dependencia, tolerancia, abuso, síndrome de abstinencia, etc.) y se clasifican las distintas drogas existentes. En lo que se refiere al alcohol y la cocaína, se explica detalladamente la composición, las formas de presentación y consumo, los tipos de consumo y las consecuencias del abuso y/o uso prolongado de las mismas a nivel fisiológico.

El cuarto capítulo se centra en diferentes tipologías de intervención: prevención, atención y tratamiento, y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

La prevención en el ámbito de las drogodependencias ocupa un apartado relevante en esta guía, reflejándose los diferentes niveles, tipos y modelos de intervención, resaltando el biopsicosocial imperante; las prioridades establecidas por la Estrategia Nacional sobre Drogas; así como los agentes y recursos disponibles.

La promoción y educación para la salud posibilita la potenciación de los factores de protección y el establecimiento de estrategias de prevención, que incidan en el desarrollo de habilidades personales y de habilidades y competencias sociales, que permitan a la persona afrontar las diferentes situaciones que se le planteen en el día a día.

La atención y tratamiento, al igual que la prevención, parte del importante papel que juegan las y los agentes educativos, ya sean profesionales o familiares de las personas que viven una drogodependencia, entre otros, en la identificación del problema. En esta parte del capítulo se proporcionan pautas que ayudan a la detección de un posible consumo de sustancias en un o una joven; las tipologías y fases del tratamiento, haciendo especial hincapié en el alcohol y la cocaína; así como los agentes y los recursos asistenciales disponibles.

El abordaje de la reducción de riesgos y daños en este mismo capítulo parte de sus dos principios básicos, la baja exigencia y la proximidad, para referirse a los objetivos y tipos de programas de intervención así como a los riegos en los que éstos se deben centrar.

La adecuación de la intervención a la población destinataria requiere considerar, entre otros aspectos individuales y sociales, el sexo/ género de la persona o grupo de personas con las que vamos a trabajar. Por ello, el quinto capítulo apuesta por la perspectiva de género como una herramienta esencial en todas las fases de la intervención para que éstas se lleven a cabo eficazmente.

El sexto capítulo recoge las conclusiones y recomendaciones generales para el abordaje de la juventud consumidora, o posible consumidora, de cocaína y alcohol, independientemente de la fase de consumo en la que se encuentre.

El último capítulo recoge las fuentes bibliográficas empleadas para la elaboración de esta guía, así como otros recursos a través de los cuales se puede ampliar información sobre la realidad abordada.

© DepositPhotos/ Haveseen

1. Justificación de la guía.

De un tiempo a esta parte se ha puesto en evidencia la importancia de la creación de herramientas que sirvan, en cierta forma, de brújula a la hora de llevar a cabo las intervenciones con grupos de jóvenes que adolecen de problemas psicosociales. Estas son las **guías de intervención**.

La vocación de esta guía, ambiciosa sin lugar a duda, es dar cuenta de cómo es el problema del consumo de alcohol y cocaína entre la juventud, ofreciendo un glosario de sugerencias y recomendaciones a tener presente a la hora de intervenir no sólo con aquellas personas que tienen ya instaurado un consumo problemático de alcohol y cocaína, sino también el abordaje de la cuestión con todas aquellas que pueden, presumiblemente en un futuro, desarrollar un problema de consumo de drogas. Contemplándose de este modo, la prevención, el tratamiento y la atención en un continuo en el cual se posicionan las intervenciones, del mismo modo que las personas con las que intervenimos lo hacen en un punto del continuo que va desde la ausencia del problema a la cronicidad del mismo, con gran interferencia en su vida cotidiana.

1. Justificación de la guía.

La presente guía, lejos de pretender ser un catálogo de normas u obligaciones que garanticen una correcta intervención, surge con la finalidad de servir de orientación en nuestras intervenciones, aludiendo a la primera acepción que sobre el término guía hace la Real Academia de la Lengua Española: “aquello que dirige o encamina”.

La guía trata de convertirse en una herramienta práctica de apoyo a los y las profesionales que desarrollan su intervención con población joven ante la realidad del consumo de drogas. Realidad que va a estar presente de una u otra manera para la juventud, ya sea a través de la convivencia con personas que consumen, del consumo puntual, del consumo habitual o del consumo problemático y de riesgo.

La guía se centra en el consumo de alcohol y cocaína por ser dos de las drogas más consumidas por la juventud (sobre todo el alcohol, coincidiendo altas tasas de consumo adolescente y joven tanto entre mujeres como hombres) y las que más repercusiones sociales, legales y sanitarias ocasionan (accidentes de tráfico, agresiones, urgencias hospitalarias, etc.).

Ahondando en la prevalencia del consumo de las diferentes drogas entre la población juvenil, observamos cómo el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas en el mundo. Esto obedece a su status de droga legal o a su función como herramienta de inclusión social, dependiendo del contexto y de la persona en cuestión. La siguiente droga más consumida por la juventud en nuestro país es el cannabis, seguido por la cocaína.

A la hora de intervenir en la temática que nos ocupa, como ya se ha señalado, la intervención con jóvenes debe partir de que todos y todas van a tener cerca las drogas en un momento u otro de su vida, pero no todos y todas acabarán consumiendo.

Unas personas probarán la sustancia pero no volverán a repetir, otras volverán a consumir ocasionalmente y unas pocas repetirán y acabarán convirtiendo dicha conducta en habitual.

¿Qué variables hacen que haya jóvenes que no prueben las drogas o las prueben una vez, y que otros u otras acaben haciéndolo habitualmente llegando incluso a desarrollar una dependencia?.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivo general:

Servir de instrumento de orientación y apoyo para las y los profesionales que trabajan con juventud, tanto con aquella persona que no consume como con la que comienza a experimentar y con la que presenta graves problemas psicosociales asociados a los consumos.

Los objetivos específicos:

1. Analizar la problemática de la juventud y, en concreto, su relación con las drogas y los consumos en general.

2. Explicar las variables de inicio y mantenimiento de los con-sumos.

3. Facilitar información sobre el consumo de alcohol y cocaí-na entre la población joven.

4. Orientar sobre líneas y perspectivas para la intervención tanto en prevención como en tratamiento.

Podemos hablar de cuatro dimensiones, que agrupan diferentes **factores de riesgo o vulnerabilidad**, implicadas en la aparición de cualquier problema de corte psicosocial, incluido el consumo de drogas:

- **Factores biológicos:**

Todas las personas vamos a tener una determinada predisposición biológica a desarrollar un trastorno, una enfermedad a lo largo de nuestra vida. Son los denominados factores de vulnerabilidad biológica. Por ello es tan importante conocer los antecedentes familiares de las personas con las que vamos a intervenir.

- **Factores macrosociales:**

No podemos entender por qué la juventud consume drogas, y en concreto cocaína y alcohol, si no somos capaces de analizar la influencia de factores como las políticas sociales, la oferta cultural, la legislación al respecto, el papel de los mass- media, los valores sociales predominantes, etc., en dicho consumo.

- **Factores microsociales:**

En un terreno más específico, debemos considerar cuáles son los ámbitos en los cuales se desarrolla él o la joven, pues van a suponer un importante marco de influencia en su evolución. Estamos hablando del grupo de iguales, la familia y los centros educativos.

- **Factores personales:**

Se trata de aspectos internos como la personalidad, actitudes, aptitudes, conductas concretas, etc., que hacen que unas personas sean más proclives que otras al desarrollo de un problema de consumo de drogas. Se trata de variables como los conocimientos teóricos adquiridos, las habilidades individuales y sociales, las inquietudes y búsqueda de sensaciones, el estado psicofísico, etc.

Sin embargo, al igual que existen estos factores que nos hacen vulnerables, existen otros que nos hacen menos proclives, menos propensos o propensas a desarrollar un determinado trastorno. Son los **factores de protección**.

Los estudios psicosociales se han centrado más en el análisis de los factores de protección que en los factores de vulnerabilidad. De esta manera, la intervención (tanto si está relacionada con la prevención como

con la atención y tratamiento) no es entendida como una forma de eliminar problemas, sino como un medio para propiciar la adquisición de aquellas herramientas que las personas con las que intervenimos necesitan para poder hacer frente a todo tipo situaciones (recaídas, ansiedad, presión de grupo, estados de ánimo bajo, etc.).

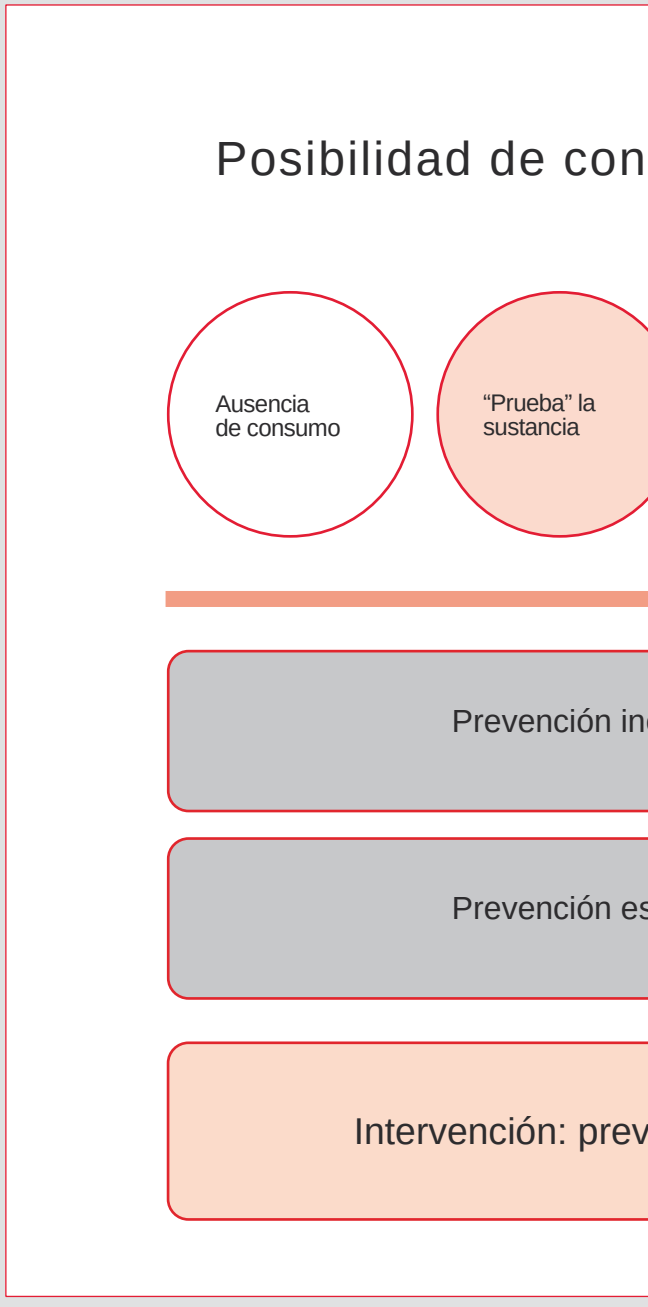
No obstante, no podremos comprender los factores de riesgo y de protección ni la relación que la juventud establece con las drogas, si no analizamos el consumo de drogas entre la juventud dentro del marco de la sociedad en la que nos encontramos.

En este sentido hay que señalar que los valores y actitudes de la juventud son el reflejo de los valores y actitudes que se encuentran en la sociedad en la que ésta vive. De este modo, valores como el hedonismo, el presentismo, la inmediatez, la búsqueda de nuevas sensaciones, la competitividad, la exaltación de la juventud, la cultura del ocio, el dinero, la inmediatez, el consumo, etc., reinantes entre la juventud, son resultado de la legitimación y, a menudo, potenciación que hace de ellos la sociedad en la que los y las jóvenes crecen.

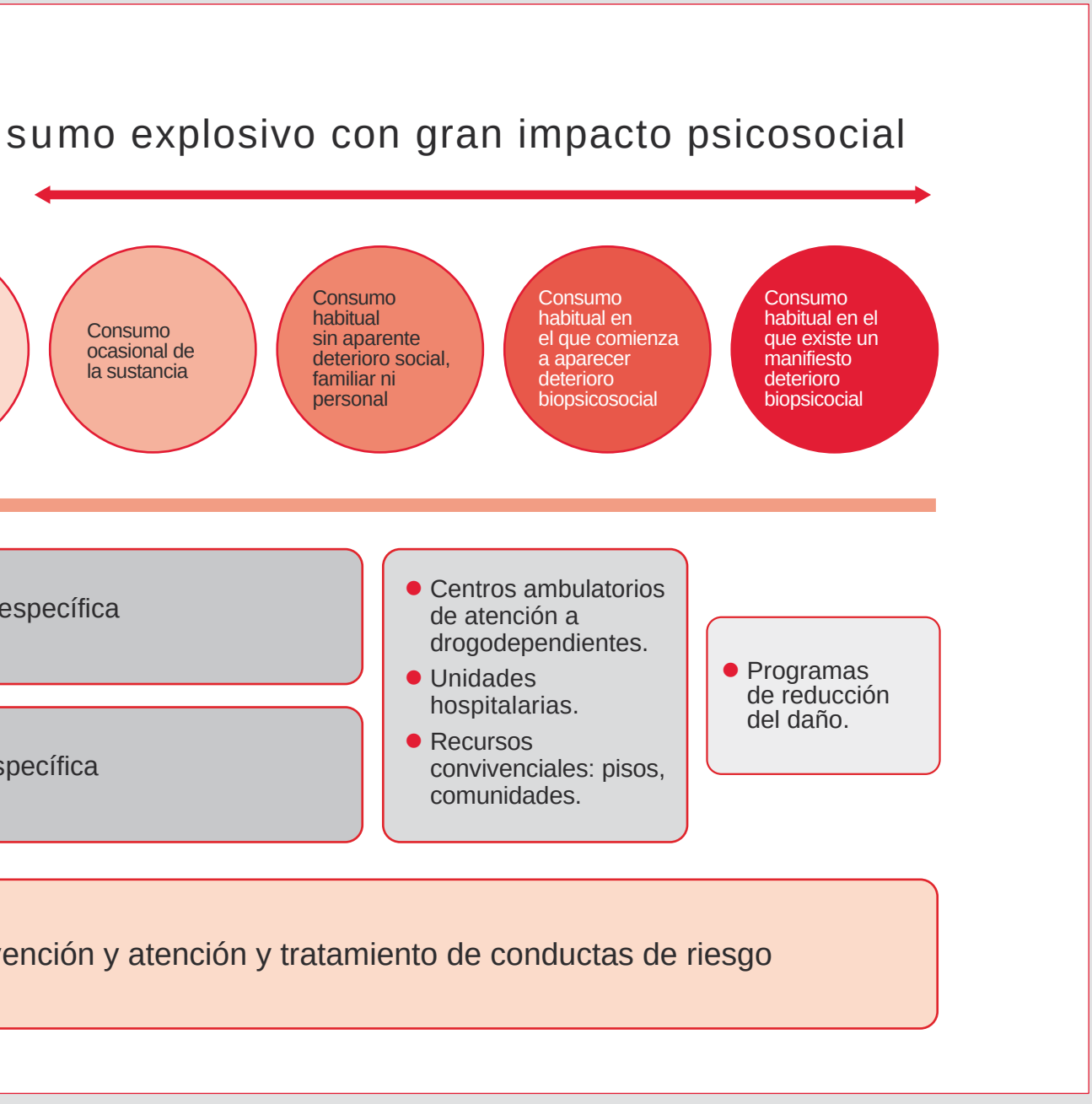
Para concluir, señalar que no existe un único factor determinante de cara a la aparición de una drogodependencia, sino que es la interrelación de todos estos factores lo que hace que alguien acabe desarrollando y manteniendo a lo largo del tiempo una conducta de riesgo (incluido el consumo de drogas) o, por el contrario, nunca la acabe poniendo en marcha.

No se debe olvidar que las personas, en función de la frecuencia, la cantidad, y el tiempo que lleven consumiendo la droga, se posicionarán en un punto concreto del continuo que va desde el no consumo al consumo habitual, en el que aparece un marcado deterioro biopsicosocial. Por ello, no existe una clara línea divisoria entre la intervención socioeducativa y/o sanitaria asociada a la prevención y aquella asociada a la asistencia y tratamiento, sino que en base a las características individuales y de los grupos con los que se pretenda desarrollar una acción concreta, se pondrán en marcha medidas en una u otra dirección, haciendo mayor o menor hincapié en unos aspectos u otros, considerando la promoción y educación para la salud como un ámbito de intervención global.

PATRÓN DE CONSUMO Y TIPOLOGÍA DE INTERVENCIÓN ASOCIADA AL MISMO



Como se puede observar no existe una separación como tal entre los programas preventivos y los programas asistenciales. Ambos están en diferentes puntos del mismo continuo de la intervención, del mismo modo que en función de la “relación” que mantenga la persona con la droga se posicionará en un punto determinado de éste.



© Instituto de Tecnologías Educativas. Banco de imágenes y sonidos. Ministerio de Educación: http://recursostic.educacion.es/bancoimagenes/web/

2. Incidencia en la población joven.

Este capítulo refleja información epidemiológica actualizada sobre el consumo de alcohol y cocaína en adolescentes y jóvenes del territorio español, a partir de los datos extraídos de estudios nacionales publicados por el Plan Nacional sobre Drogas y por el Observatorio Europeo sobre Drogodependencias.

Dicha información nos permite analizar la prevalencia y evolución del consumo de alcohol y cocaína en España entre los años 1995 y 2008, atendiendo a diferentes indicadores: la edad de inicio, las sustancias consumidas en función del sexo, etc.

2. Incidencia en la población joven.

Cuando hablamos de juventud y consumo de drogas hay que tener en cuenta que, aunque existan muchos estudios que aportan datos referentes a los consumos por parte de la juventud, es importante analizar las estadísticas teniendo presente determinados aspectos, de cara a conseguir una visión lo más aproximada posible a la realidad actual.

Uno de estos aspectos corresponde a que algunos estudios nos dan una información sesgada, ya que obvian a una parte de la población, como por ejemplo los adolescentes no escolarizados, las personas sin domicilio, los adolescentes inmigrantes cuya situación aún no está regularizada, aquellas personas que no acceden a tratamiento…

Otro aspecto a considerar es que en función del contexto, la situación personal y el momento en el que se realiza la encuesta, los resultados pueden variar.

Del mismo modo, se debe tener presente que los resultados también dependen del objetivo, la metodología del estudio, el punto de vista de quien lo realiza, etc.

Con todo lo anterior no se pretende restar importancia ni rigurosidad a los estudios, ya que gracias a ellos se obtienen datos básicos y orientativos sobre las tendencias actuales del consumo de drogas entre la juventud. Sólo se quiere dejar constancia de la importancia de realizar un análisis reflexivo de los resultados de los estudios, de cara a tener una visión global de la realidad actual.

Así mismo, tal y como dice Jaume Funes (2009), sería recomendable hacer una investigación receptiva; es decir, no centrarse exclusivamente en los datos cuantitativos y considerar también los motivos por los cuales la juventud consume: más allá de lo que hacen, cuántos y cómo lo hacen, están sus argumentos. En el caso del uso de drogas, argumentos para probar, para seguir usándolas, para cambiar o abandonar, argumentos para ubicar las drogas en sus vidas.

Lo importante no es saber lo que piensa o lo que hace, sino conocer los motivos por los cuales consume, experimenta con las drogas, su manera de interpretar sus propias vivencias. Dichas vivencias irán relacionadas con los cambios que se producen en la sociedad en la que vive y en

función de las posibilidades que le ofrece su entorno, tanto para interactuar con las demás personas, como para desarrollarse individualmente.

2.1. Análisis del fenómeno de las drogas entre la juventud.

Tal y como se explicará más ampliamente en el capítulo cuatro, la relación que la juventud establece con las drogas está relacionada con su entorno, con los vínculos que crea con su grupo de iguales, etc.

Con el paso del tiempo se han producido una serie de cambios en los consumos que realiza la juventud. Entre ellos destacaremos los siguientes:

- Se ha pasado de un uso marginal a un uso recreativo de las drogas.
- Las sustancias más utilizadas son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína, aunque esta última en menor medida.
- En el caso del alcohol, se ha pasado de un patrón de consumo mediterráneo (principalmente durante las comidas y celebraciones) a un patrón anglosajón (consumo masivo en breve espacio de tiempo).
- El consumo de drogas se asocia a espacios de ocio nocturno y se realiza en grupo, como un acto más de socialización, normalizándose así su conducta.
- La escasa percepción del riesgo que, a veces, ocasiona un abuso de las sustancias.
- Etc.

El alcohol es un ejemplo que ilustra claramente los cambios que se han ido produciendo en los consumos de drogas desde hace ya unas décadas: la juventud tiene un fácil acceso a dicha sustancia; acostumbra a usarla en momentos de ocio y en compañía del grupo de iguales; su consumo está muy normalizado; y es, junto al tabaco, la sustancia que más se combina con otras drogas.

Por otro lado, su uso en estos últimos años ha experimentado otro cambio referido a la forma de consumirlo y que tendría que ver con la aparición del fenómeno denominado “botellón”. Aunque el precio de las bebidas alcohólicas no sea muy elevado, la juventud no dispone de los suficientes recursos económicos como para acceder a locales de ocio nocturno cada fin de semana y consumir allí grandes cantidades de alcohol. Además, la mayoría considera que en estos locales se dificulta la socialización, así que el patrón de consumo en referencia a esta sustancia ha variado. Con la aparición del “botellón”, se bebe en grupos formados por un número ilimitado de personas; en la calle y no en espacios cerrados y controlados; sin franjas horarias que limiten el inicio o fin del consumo; se ingiere mayor cantidad y más económicamente; etc.

2.2. Prevalencias de los consumos de drogas.

A la hora de analizar las prevalencias de los consumos en España, es necesario revisar las siguientes fuentes(1):

- La encuesta EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas, desarrollada en España con población entre 15 y 64 años.
- La encuesta ESTUDES: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, desarrollada en España con población entre 14 y 18 años.

Al final del presente capítulo, se presentan una serie de gráficos(2) que comparan la evolución del consumo de diferentes sustancias alguna vez en la vida, contrastando la prevalencia del consumo de la población entre 15 y 64 años con la de la población entre 14 y 18.

---

(1) Ambas del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2008).

(2) Gráficos 2.1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida. (%)

Tabla 2.1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en los estudiantes de secundaria de 14 a 18 años por sexo. España. 2008. (%)

AÑO 2008	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		EN EL ÚLTIMO MES	
SEXO	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
Tabaco	47,0	42,2	40,1	36,0	33,8	30,9
Alcohol	81,7	80,8	74,2	71,5	58,4	57,7
Tranquilizantes	31,4	21,9	18,9	12,7	9,4	6,4
Cannabis	32,8	37,8	27,5	33,5	17,2	23,0
Éxtasis	2,0	3,5	1,3	2,6	0,6	1,5
Alucinógenos	2,6	5,6	1,7	3,9	0,7	1,7
Anfetaminas	2,7	4,5	1,8	3,2	0,8	1,5
Cocaína	3,8	6,3	2,4	4,9	1,2	2,7
Heroína	0,4	1,4	0,4	1,1	0,3	0,8

Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta ESTUDES. Observatorio Español sobre Drogas, 2008, p. 17 y 18.

De los gráficos 2.1. podemos extraer la siguiente información básica:

- Ambas encuestas reflejan una estabilización en el consumo de tabaco, cannabis y heroína.
- Reducción del consumo de éxtasis, cocaína e inhalantes entre la población de 14 a 18 años, mientras que entre la población de 15 a 64 años el consumo de éxtasis se estabiliza y el de cocaína e inhalantes aumenta.
- El consumo de alcohol entre la población de 14 a 18 años ha aumentado respecto al año anterior, al contrario que en el grupo de población más extenso (15 a 64 años). No obstante, si observamos la evolución del consumo de alcohol entre la población de 14 a 18 años, vemos como éste se ha estabilizado.
- Ambas encuestas reflejan el aumento del consumo de tranquilizantes, sobre todo entre 14 y 18 años.

Si nos centramos en el consumo de drogas de la población entre 14 y 18 años (según la encuesta ESTUDES), podemos concluir lo siguiente[3]:

- Las sustancias más consumidas por las mujeres (de mayor a menor consumo) son: el alcohol, el tabaco y el cannabis; seguidas "de lejos" por los tranquilizantes y la cocaína.
- Las sustancias más consumidas por los hombres (de mayor a menor consumo) son: el alcohol, el tabaco y el cannabis; seguidas por los tranquilizantes y la cocaína.

Tal y como se puede apreciar, se produce una gran variación en la extensión del consumo de drogas entre la población estudiante de 14 a 18 años en función del sexo: los chicos hacen un mayor uso de todas las drogas ilegales en comparación con las chicas. En cambio, en el caso del tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir, destaca el consumo abusivo de estas sustancias por parte de las chicas.

En las drogas ilegales, las diferencias en función del sexo son más acusadas cuando hace poco que se ha consumido o cuando dicho consumo es intensivo.

El cociente entre la prevalencia de las mujeres y de los hombres es algo mayor para el último mes que para el consumo realizado alguna vez en la vida (excepto en la heroína), fenómeno que se repite en anteriores encuestas.

Si, a modo de ejemplo, nos centramos en los consumos del último mes, se contempla una mayor intensidad en el consumo:

(3) Ver Tabla 2.1.

- entre las chicas, con una diferencia media de tres puntos respecto al consumo de los chicos, de alcohol, tabaco y tranquilizantes;
- entre los chicos, de cannabis, cocaína (con casi seis puntos de diferencia respecto al consumo de las chicas), alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína.

La evolución de la prevalencia del consumo de drogas reflejada en la encuesta ESTUDES señala los siguientes aspectos:

- Reducción en el consumo de cocaína y éxtasis.
- Ligera disminución del consumo de inhalantes volátiles.
- Estabilización en el consumo de alcohol, cannabis, anfetaminas, alucinógenos y heroína.
- Aumento importante del consumo de tranquilizantes.

Según la encuesta ESTUDES, las y los estudiantes que usan drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Por ejemplo, en el caso del consumo en el último año, se produce **policonsumo** de las siguientes sustancias psicoactivas entre la población de 14 a 18 años: alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, cocaína y heroína.

2.3. Prevalencias específicas de los consumos de alcohol y cocaína.

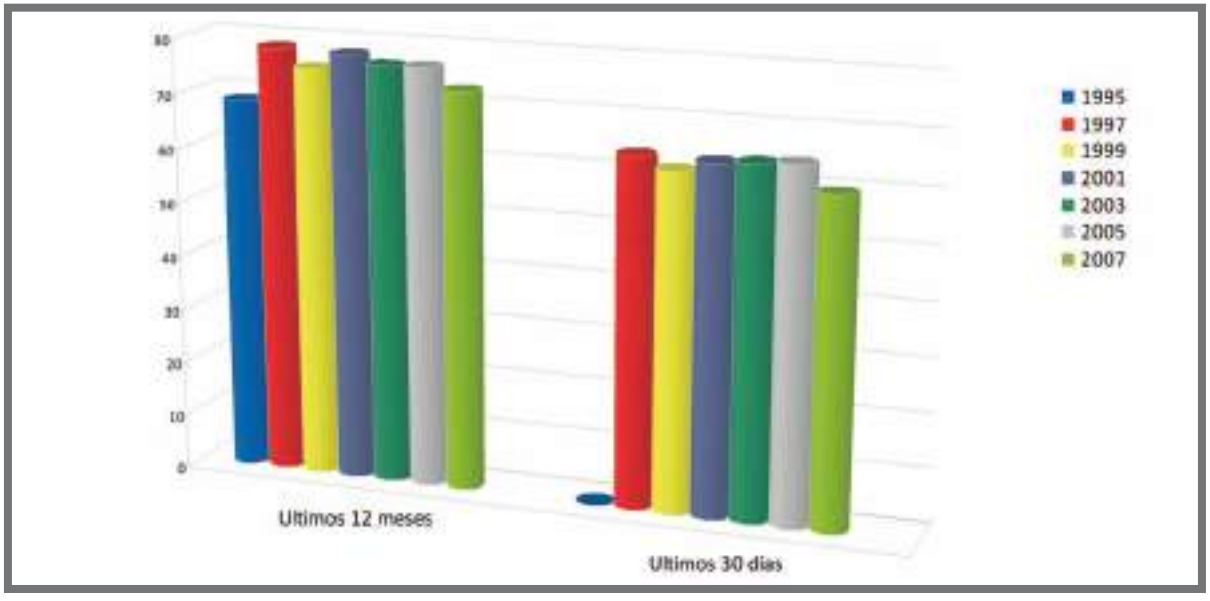
A continuación realizamos una comparación entre algunos datos extraídos de las encuestas EDADES y ESTUDES, en referencia a los consumos de alcohol y cocaína en los últimos treinta días y en los últimos doce meses.

Los gráficos nos muestran diferencias respecto al consumo de alcohol y cocaína.

En la encuesta EDADES se aprecia que, en los últimos doce meses, el consumo de **alcohol** ha disminuido respecto al año 2005, pasando de 76’7% a 72’9%. En el último mes también ha descendido de 64’6% a 60%.

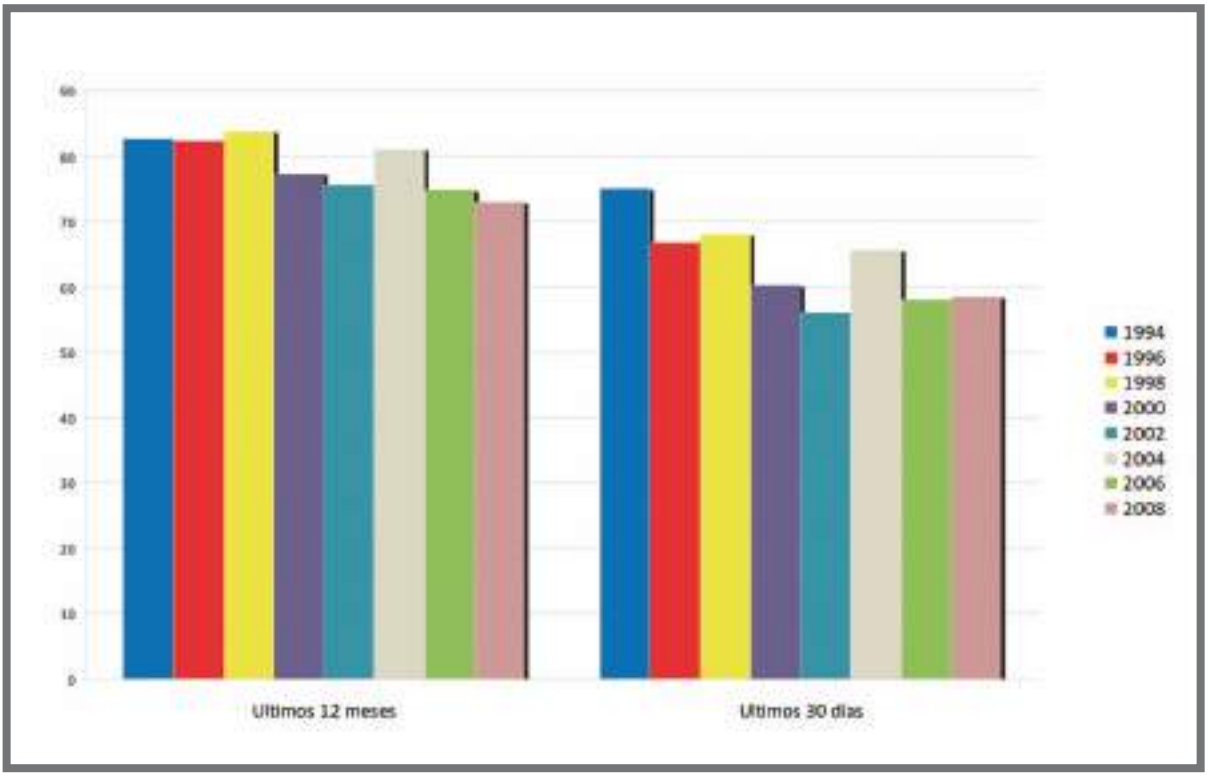
La encuesta ESTUDES refleja cómo, en los últimos doce meses, el consumo de alcohol ha sufrido un ligero descenso, pasando de 74’9% a 72’9%. Pero en lo que respecta al consumo durante los últimos treinta días, se observa un ligero incremento, ya que en el 2006 se registró un consumo del 58% y en el 2008 de un 58’5%.

Gráfico 2.2. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en la población entre 15 y 64 años. España, 1995- 2007.



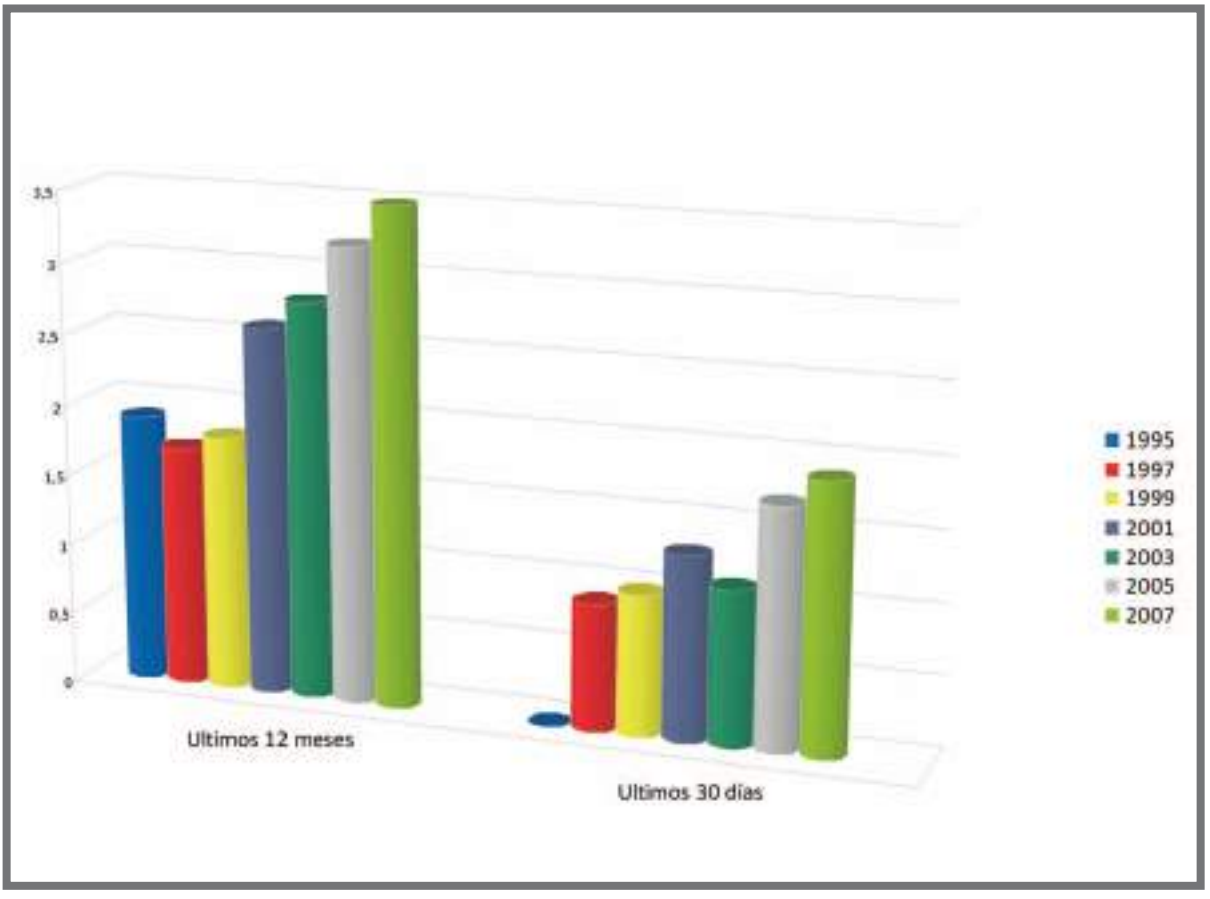
Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta EDADES. Observatorio Español sobre Drogas, 2008, p. 6 y 7.

Gráfico 2.3. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años. España, 1994- 2008



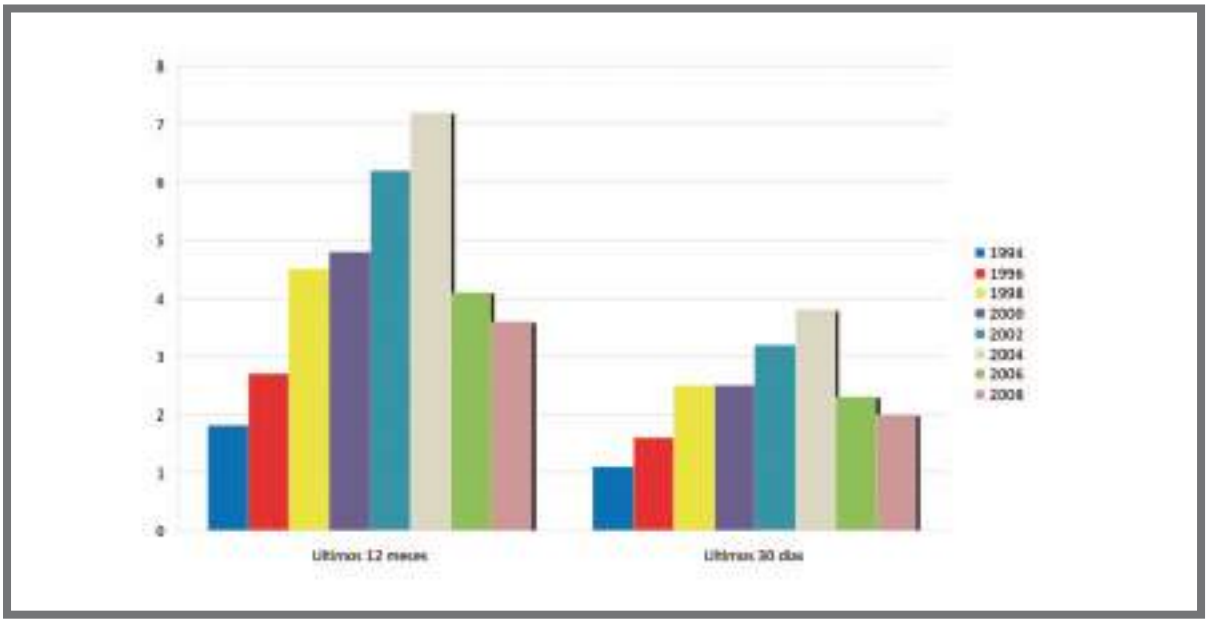
Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta ESTUDES. Observatorio Español sobre Drogas, 2008, p. 17 y 18.

Gráfico 2.4. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en la población entre 15 y 64 años. España, 1995- 2007.



Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta EDADES. Observatorio Español sobre Drogas, 2008, p. 6 y 7.

Gráfico 2.5. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años. España, 1994- 2008.



Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta ESTUDES. Observatorio Español sobre Drogas, 2008, p. 17 y 18.

En cuanto al consumo de **cocaína**, se aprecia un ligero aumento respecto al año 2007 en la encuesta EDADES: ha pasado de 3'2% a 3'5%. Cuando hablamos de los últimos consumos respecto al último mes, esta tendencia al alza también se repite, pasando de 1'7% en el 2005 a 1'9% en el 2007.

La encuesta ESTUDES constata una ligera disminución del consumo de cocaína, tanto en los últimos doce meses (pasando de 4,1% en 2006 a 3,6% en 2008), como en los últimos treinta días (reduciéndose de 2,35% en 2006 a 2% en 2008).

No obstante, en los últimos años se ha constatado que la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis. Así queda reflejado también en el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007): la cocaína como segunda droga más consumida en Europa tras el cannabis. En dicho informe, se aprecia cómo el país con la prevalencia más alta de consumo de cocaína entre la población joven (entre 15 y 34 años) es España, con unos niveles de consumo superiores a la media europea.

2.4. Evolución de la edad de inicio.

Según la encuesta ESTUDES, la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol e inhalables se sitúa entre los 13 y los 14 años.

En general, no hay diferencias significativas en la edad de comienzo de los consumos entre chicos y chicas, pero se aprecia que los chicos experimentan antes con las drogas.

Para sustancias tales como la heroína, los tranquilizantes y el cannabis el inicio se sitúa entre los 14 y los 15 años (14,3, 14,3 y 14,6, respectivamente). Y en cuanto al éxtasis, la cocaína y las anfetaminas, su consumo se inicia a una edad más tardía (15 y 16 años).

A partir de los datos citados, podemos decir que:

EDADES: ↓ consumo alcohol
ESTUDES: ↑ consumo cocaína

se mantiene el consumo de alcohol y disminuye el consumo de cocaína.

Tabla 2.2. Evolución de la edad de inicio del consumo.

Elaboración propia.

2.5. Motivos por los que la juventud consume drogas.

La adolescencia es una etapa de continuos cambios, tanto físicos, psicológicos, como cognitivos, afectivos y sociales. Es un período de transición a la madurez en el que se experimenta, se busca la identidad y la inmediatez, y en el que el grupo de iguales toma protagonismo en detrimento de la familia.

"El grupo actúa como agente de socialización permitiendo al adolescente practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad adulta (...) aparece una moral autónoma, las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, y no de la imposición de los adultos" (Plan Nacional sobre Drogas, 1996, p. 10).

Tal y como señala Ana Blanco (2010), la adolescencia se caracteriza por:

- Inestabilidad emocional: cambios constantes y bruscos en el estado de ánimo, y fluctuación de la autoestima.
- Polarización de sentimientos.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Presentismo.
- Necesidad de creación de una identidad propia: individualización y separación familiar.
- Búsqueda de trasgresión a la norma: diferenciación.
- Sentimiento de invulnerabilidad.
- El grupo de iguales se configura como el primer modelo de referencia.
- Dificultad para hacer frente a la presión de grupo.

Por ello, en este momento del desarrollo evolutivo, el consumo de drogas entre la población adolescente y joven tiene unas funciones concretas. Como ejemplo, el estudio *El consumo de alcohol en los adolescentes. Pautas culturales y estilos de vida*, en el que se preguntó a adolescentes de las diferentes comunidades autónomas de España, los motivos por los cuales la juventud puede llegar a consumir drogas.

Entre los principales motivos destacan los siguientes:

- Para divertirse.
- Para sentirse mayores.
- Porque sus amigos consumen.
- Para probar.
- Para olvidarse de los problemas.

De esta manera, drogas y diversión van estrechamente relacionadas. Se consumen dentro del grupo de iguales y son una vía para la integración en éste, para reafirmar su identidad y sentirse adultos o adultas.

2.6. Disponibilidad de las sustancias entre la juventud.

Tal y como se abordará en el capítulo cuatro, el acceso y la disponibilidad a las sustancias son un factor de riesgo de consumo de drogas para la juventud, ya que a mayor disponibilidad, mayor es también el consumo que se realiza. Así, se puede apreciar cómo en el caso del alcohol y el tabaco, que son dos sustancias fácilmente accesibles para las chicas y los chicos, se obtienen porcentajes más altos de consumo.

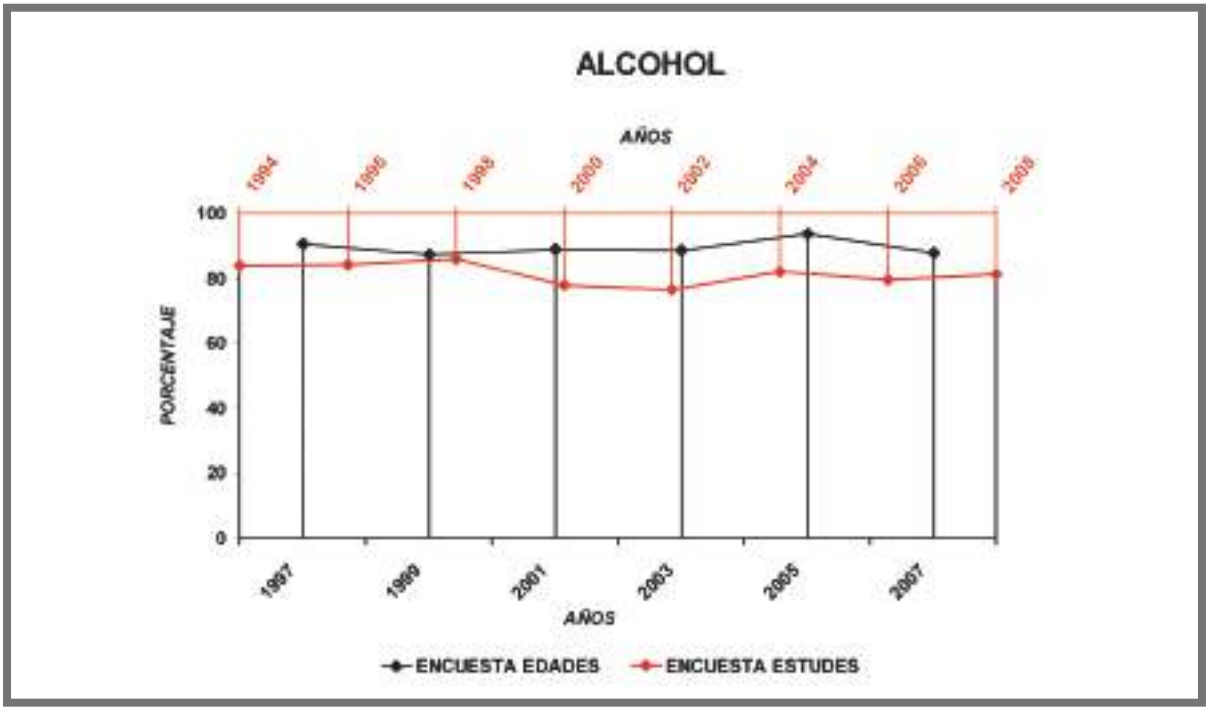
El acceso y/o la disponibilidad a las sustancias es facilitado por diferentes factores, entre los cuales se encuentran: los bajos precios; la gran cantidad de puntos de venta, sean legales o ilegales; el uso de publicidad atractiva (como por ejemplo en algunos anuncios de bebidas alcohólicas) o la difusión llevada a cabo por algunos medios de comunicación; el bajo control que algunos comercios y/o locales de ocio efectúan respecto a la edad de la juventud; etc.

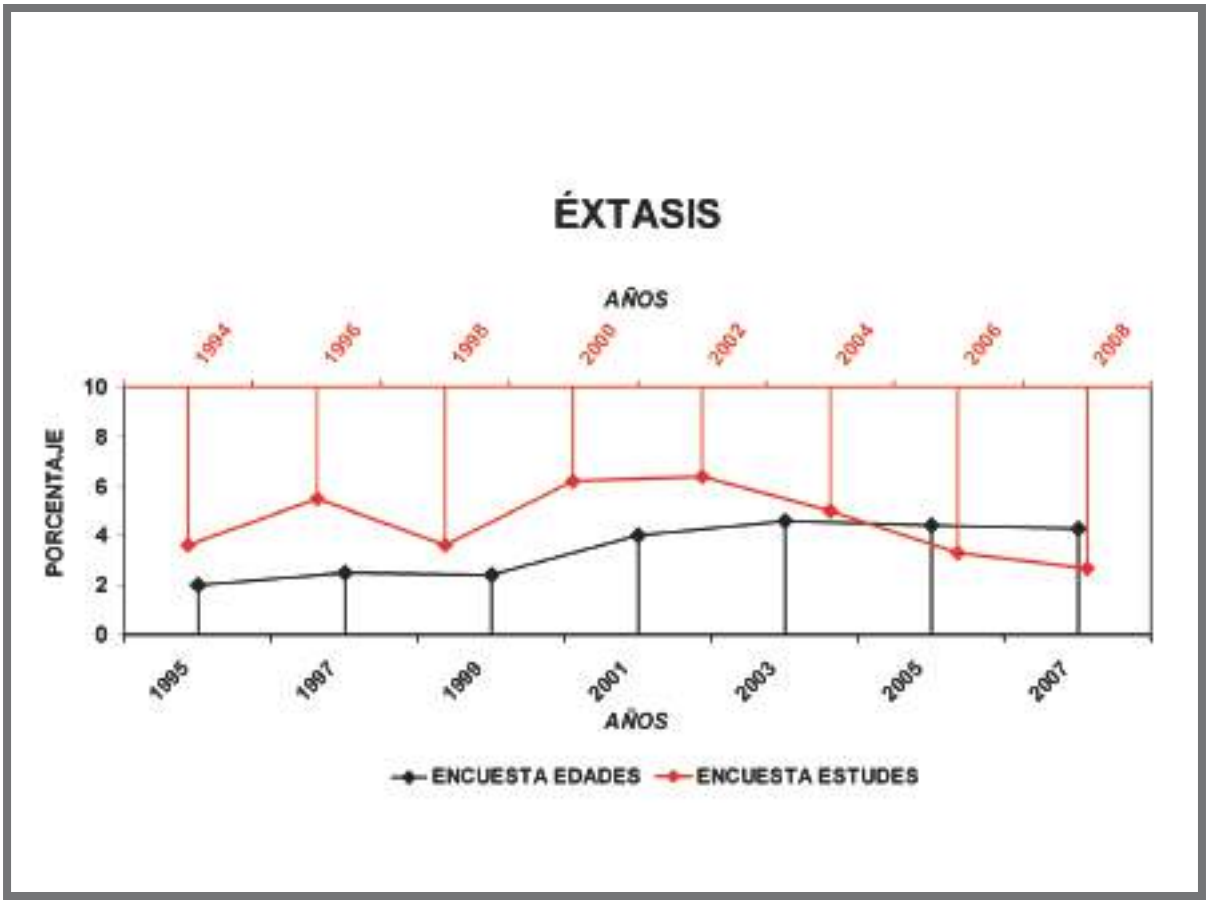
Por estos motivos, una de las prioridades del gobierno español en materia de drogas es intentar dificultar la disponibilidad y el acceso a dichas sustancias, tratando de paliar los factores antes mencionados.

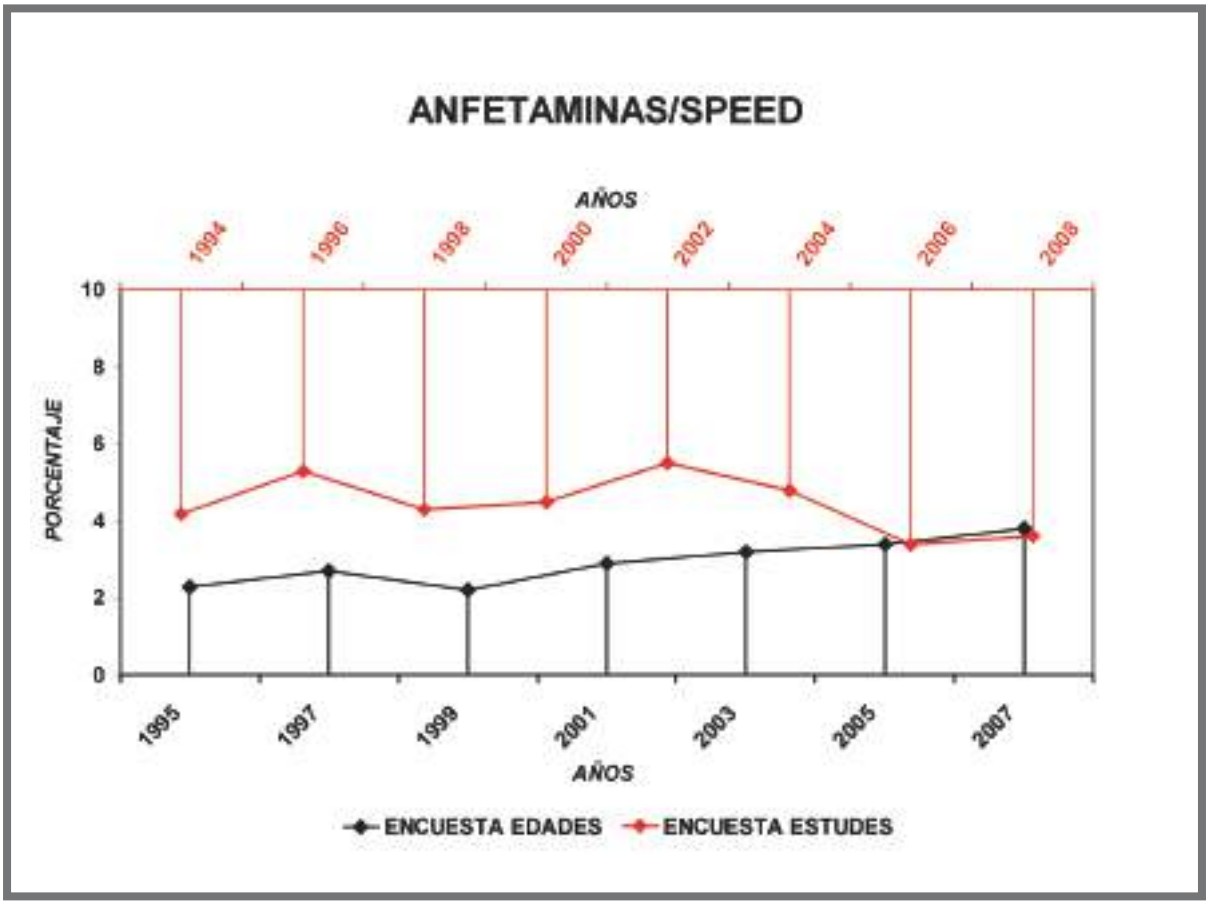
A modo de resumen, y teniendo en cuenta la información ofrecida por los diferentes organismos especializados en la recogida de datos referentes al consumo de drogas, tanto a nivel europeo como estatal, podemos decir que las sustancias más consumidas por la juventud española son: en primer lugar, el alcohol y el tabaco; en segundo lugar el cannabis, en el caso de los hombres, y los tranquilizantes, en el caso de las mujeres; y, en menor medida, la cocaína y las drogas de síntesis.

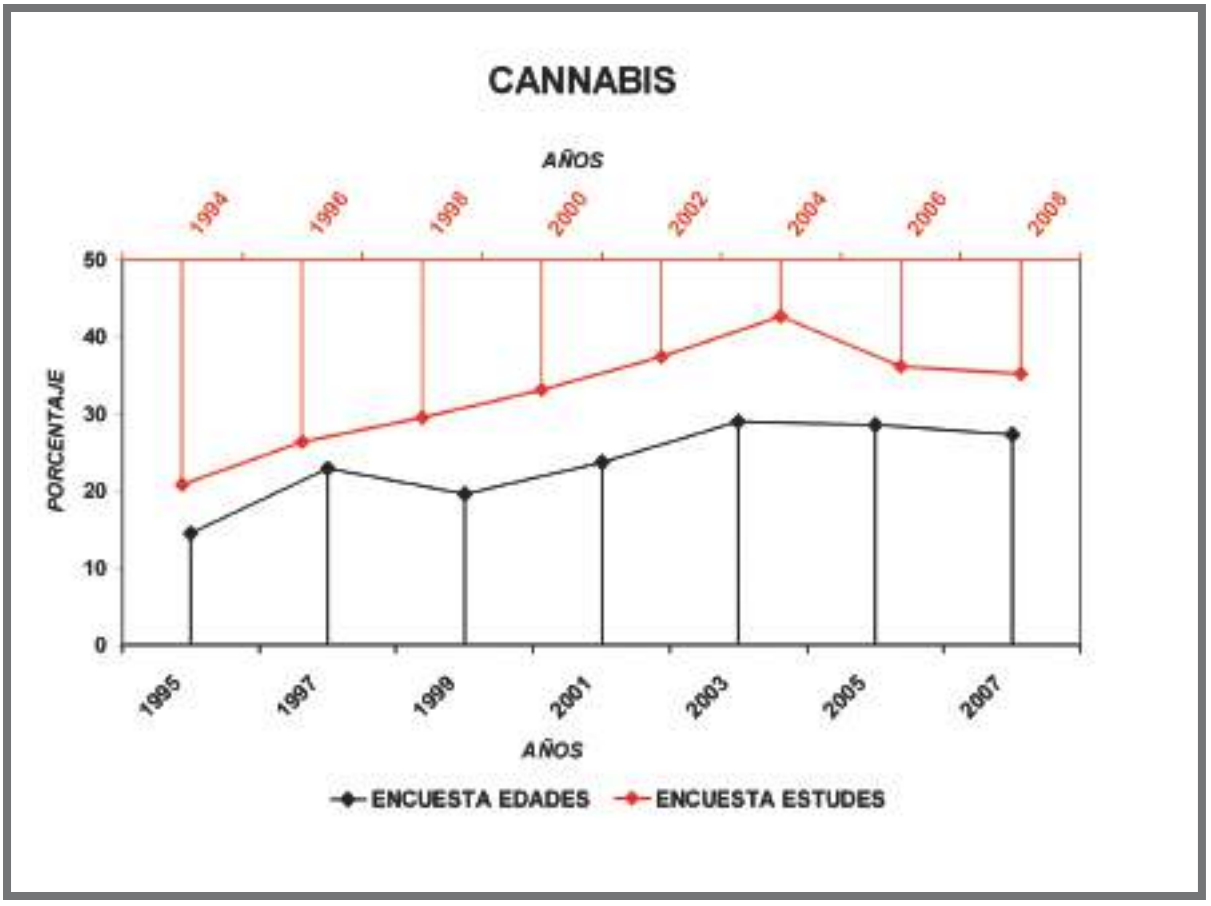
Pero recordemos que no se trata tanto de centrarnos exclusivamente en los datos cuantitativos, sino de analizar sobre el por qué de los consumos, por qué una sustancia y no otra, qué posición y/ o función tienen las drogas en la vida de la población joven y, en definitiva, de la sociedad actual.

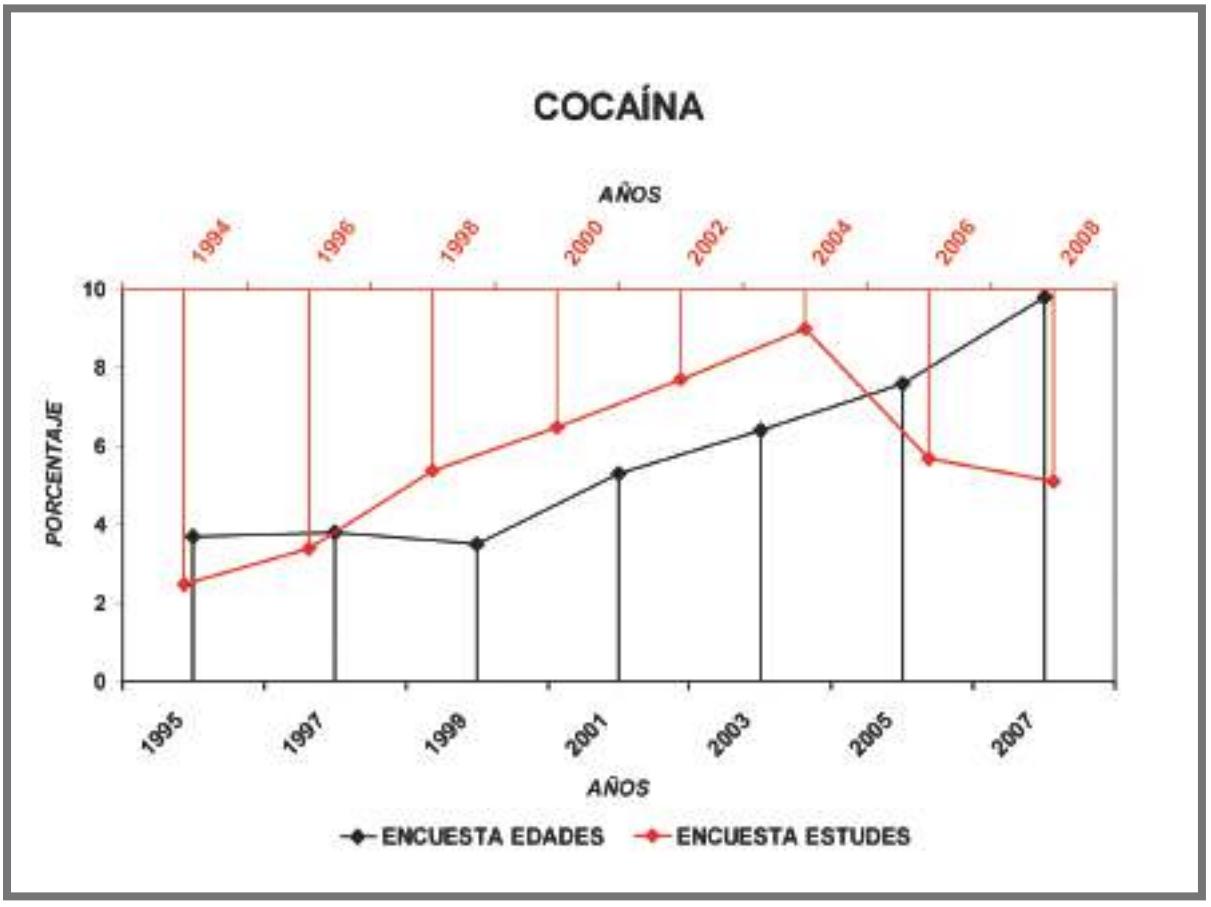
Gráficos 2.1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida. (%)

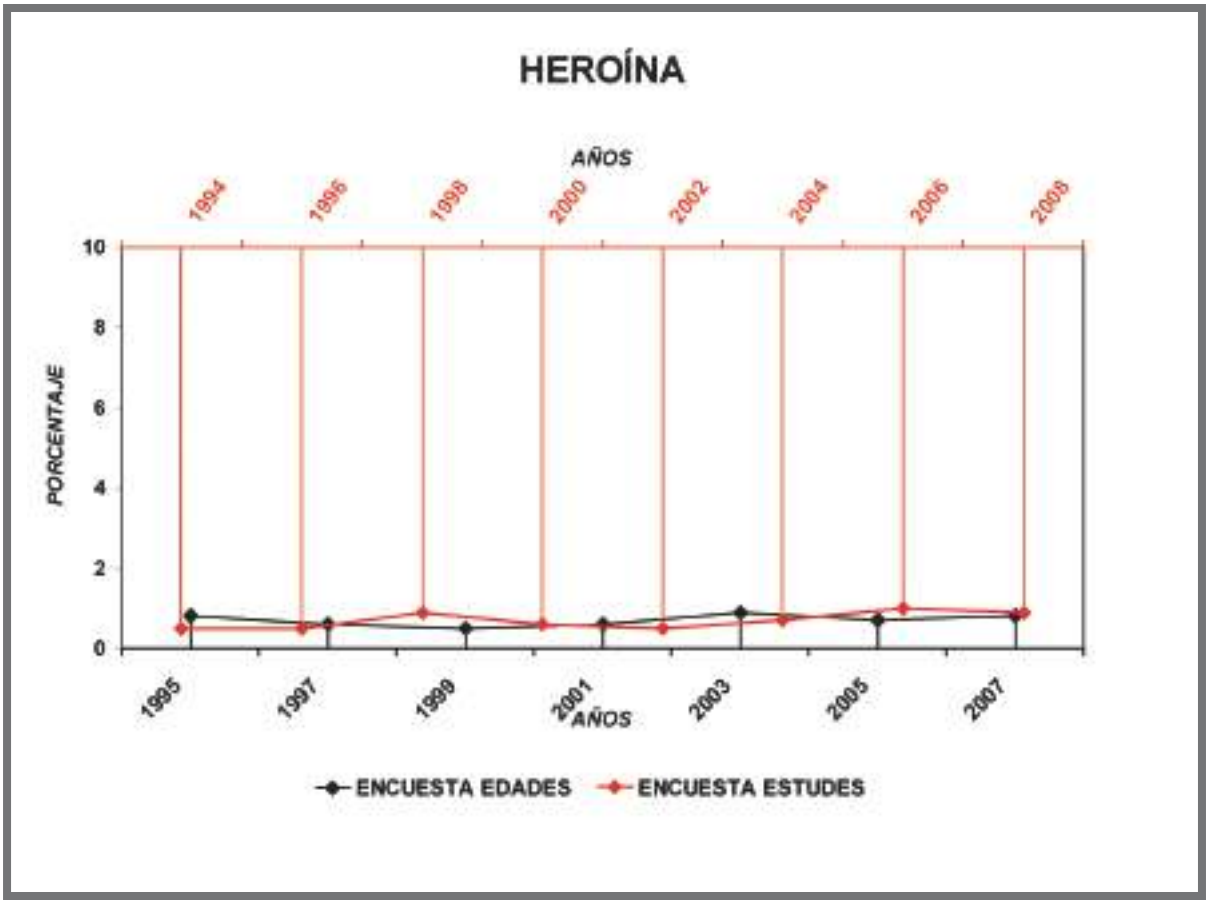


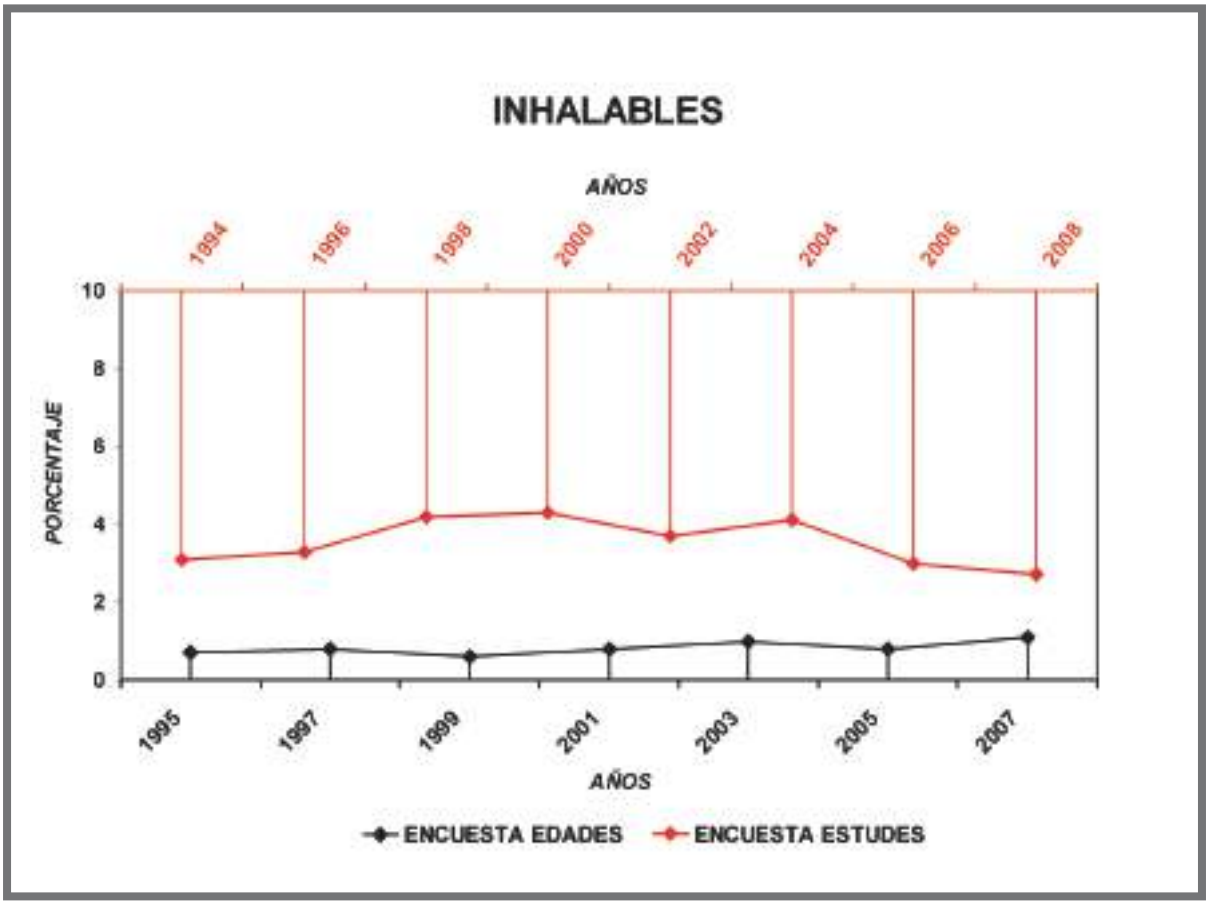

ÉXTASIS
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
10
8
6
4
2
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES

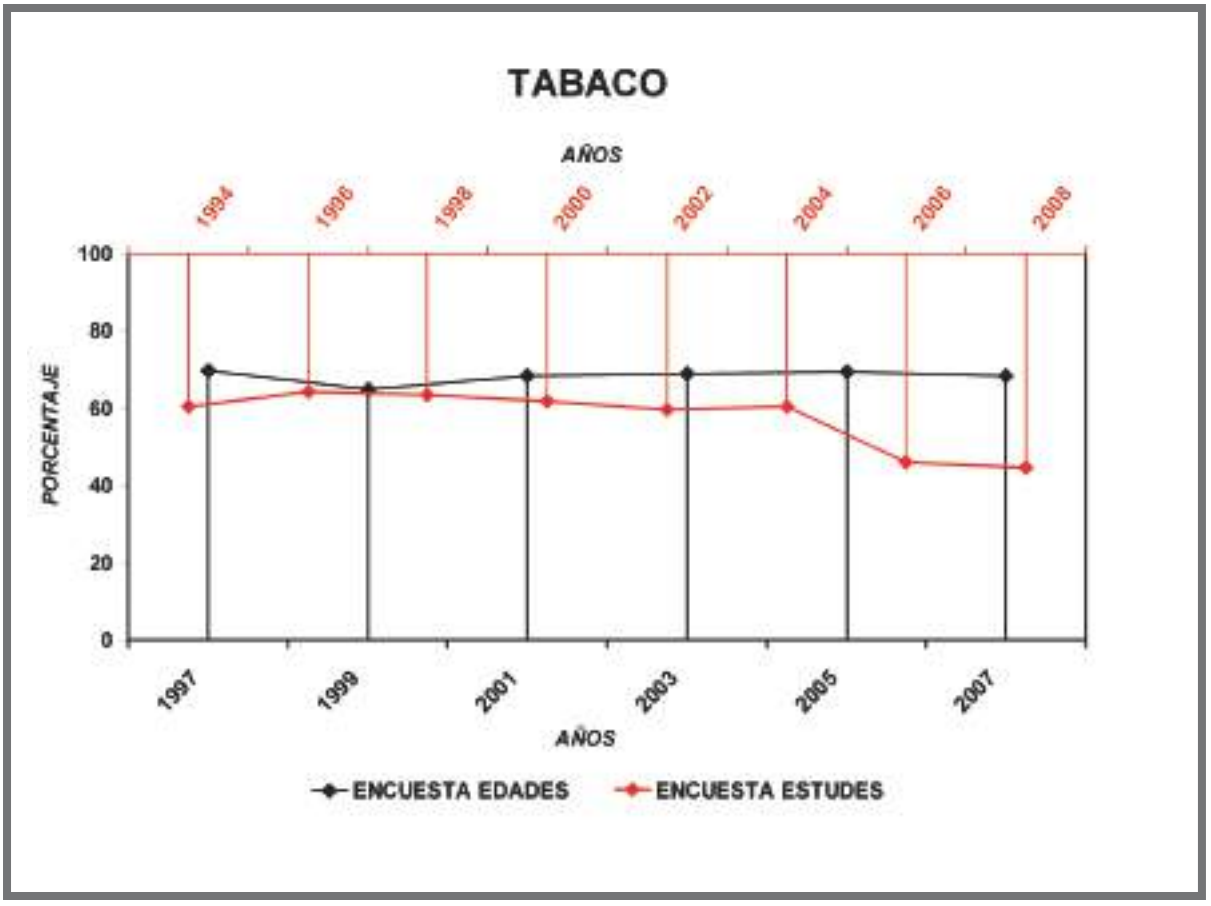

ANFETAMINAS/SPEED
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
10
8
6
4
2
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES

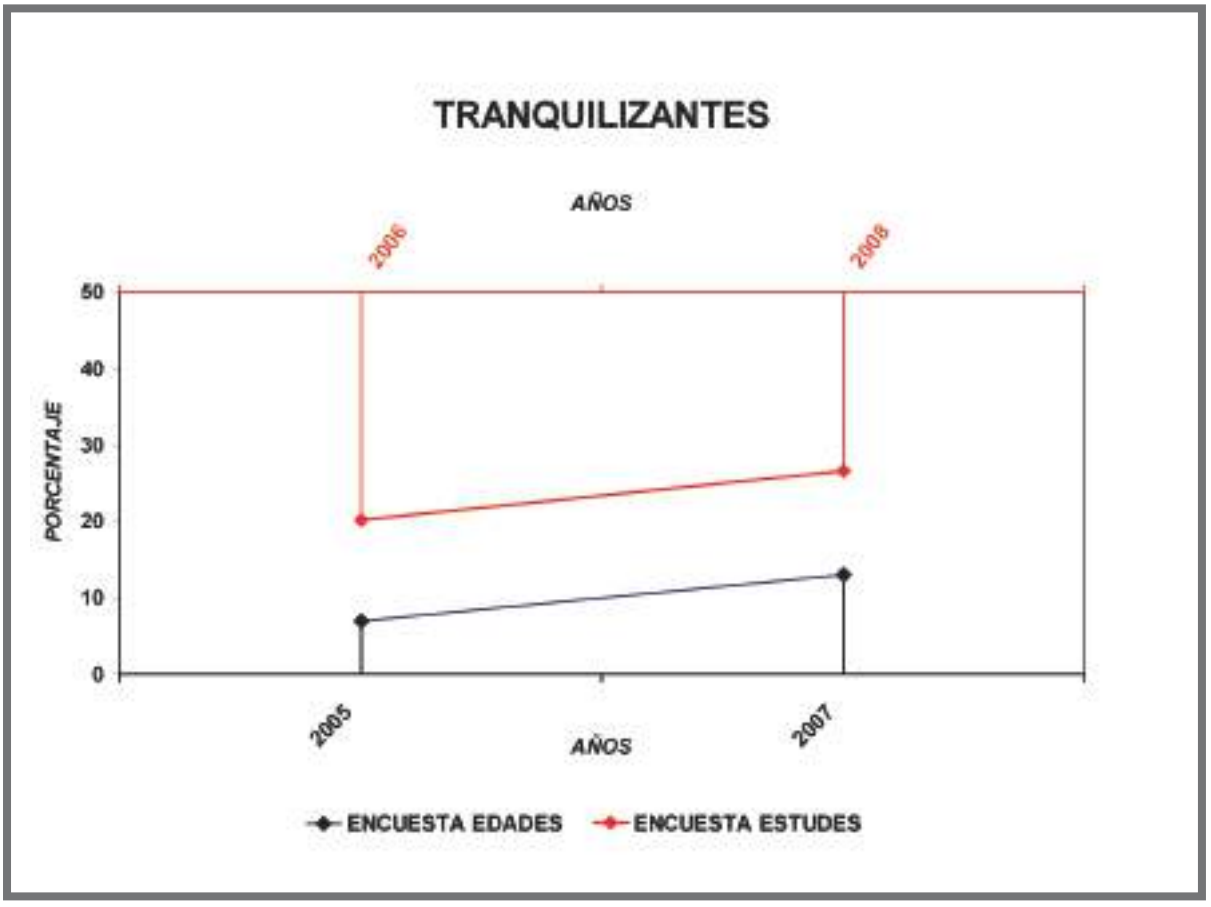

CANNABIS
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
50
40
30
20
10
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES


COCAÍNA
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
10
8
6
4
2
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES


HEROÍNA
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
10
8
6
4
2
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES


INHALABLES
AÑOS
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
PORCENTAJE
10
8
6
4
2
0
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
AÑOS
ENCUESTA EDADES
ENCUESTA ESTUDES





* Población entre 15 y 64 años. * Población entre 14 y 18 años
Elaboración propia. Datos extraídos de: Encuesta EDADES (2008, p. 6) y Encuesta ESTUDES (2008, p. 7).

© DepositPhotos/ Zatvor

3. Repercusiones de los consumos en la Juventud.

El fenómeno de las drogas no es algo nuevo, su uso ha estado presente en todas las sociedades desde tiempos inmemoriales.

Las sustancias han sido utilizadas de diferentes formas y con objetivos diversos: religioso, terapéutico, recreativo, desinhibidor o relajante. En el mundo clásico grecorromano se documenta el empleo de la adormidera con fines medicinales y religiosos, el uso terapéutico y recreativo de la cocaína en Europa y Norteamérica a finales del siglo XIX, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la droga es: “toda sustancia, que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede alterar de algún modo el sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Como ya se ha comentado en capítulos anteriores, es preciso conceptualizar el fenómeno de las drogas como un fenómeno bio-psico-social, donde entran en juego factores biológicos, psicológicos y contextuales.

3.1. Nuevo contexto social. La juventud hoy. Incidencia y evolución de los consumos en la sociedad española.

3.1.1. Juventud y contexto social.

A menudo se define la **juventud** en base a un criterio puramente biológico, estableciendo la edad cronológica como elemento diferenciador de quién es joven y quién no lo es. ¿Pero cual es el punto de corte para determinarlo?.

Por el contrario, hay quienes tratan de definir la juventud desde un punto de vista más subjetivo. En una encuesta realizada por el CIS (1999) ante la pregunta de ¿a qué edad se deja de ser niño o niña y se convierte en joven?, la mayoría de las personas encuestadas respondieron que la juventud se sitúa entre los quince y los diecisiete años.

Al hilo de esta pregunta, a las personas encuestadas se les realizó otra en la que se les consultaba sobre la edad en la que se deja de ser joven. Ante esta nueva cuestión, las respuestas oscilaban en una amplia franja de edad desde los 30 a los 50 años.

Quizá la mejor forma de definir la juventud sea aquella que engloba la dimensión biológica en combinación con la dimensión social.

En este caso la juventud, abarcaría desde la adolescencia hasta la obtención de un trabajo que permita disponer de ingresos propios, independencia de la familia de origen y emancipación personal (construcción de un nuevo hogar).

No se puede hablar de drogas sin tener en cuenta el **contexto social** en el que se produce el consumo, y éste ha variado sustancialmente en nuestro país desde hace tres décadas.

El contexto social, al estar formado por personas, se puede entender como un “ser vivo” en el sentido de que evoluciona

y cambia a medida que van cambiando los intereses, los valores, las creencias de las personas...

De este modo, la caracterización de la juventud ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, pudiéndose hablar de diferentes modelos que contemplan la juventud desde diversos prismas.

Fernando Conde (2010) señala la existencia de cuatro modelos en cuanto a la caracterización de la juventud:

- Un **modelo tradicional** en el que la juventud no existía sino como una forma de preparación para el esfuerzo, para el trabajo y para la vida adulta.

- Un **modelo** denominado **sociedad (nacional) de consumo de masas** en el que se empieza a concebir a la juventud como entidad propia. En este modelo, se considera la juventud como una etapa para la formación.

- **Modelo post-crisis de 1994 (modelo global de consumo)**. En este modelo la juventud es comparable a "un parque temático" en el sentido de que se les deja a los y las jóvenes disponer de su tiempo libre para que disfruten, pero existe una carencia de metas de futuro.

- **Modelo post-crisis de 2008- 2009 (el debate de la regulación).** Este modelo critica el sistema consumista de ocio, vinculándolo con el modelo global de consumo.

Tal y como se puede apreciar, los modelos de caracterización social de la juventud han sufrido cambios sustanciales pasando de la juventud como etapa de preparación para la vida adulta, a considerarla como un espacio estanco de consumo y ocio sin perspectivas.

Actualmente, existe una relación entre la inestabilidad laboral y el consumo ocioso de la juventud. Los ingresos no son regulares ni suficientes para poder emanciparse del hogar familiar. Curiosamente, en el ámbito laboral se observa que antes de la crisis económica actual, una parte de las personas jóvenes que estaban menos formadas obtenía un mejor acceso al trabajo y una mejor remuneración que las que habían recibido una mayor preparación.

La presión social y un estilo de vida basado en el consumo fomentan que la juventud acabe gastando determinadas cantidades de dinero en actividades nocturnas o de fin de semana.

El fracaso escolar aumenta, así como el porcentaje de jóvenes que obtiene grandes ingresos a través de trabajos poco cualificados y de corta duración.

En la actualidad, y en plena crisis económica, la precariedad laboral aumenta paulatinamente y las personas jóvenes tienen grandes problemas para acceder a un puesto de trabajo.

La juventud se encuentra ante una disyuntiva, ya que la sociedad le insta hacia el consumo, pero no es posible hacerlo porque no se dispone de ingresos propios ni se generan alternativas para su independencia económica, por ello un porcentaje considerable de jóvenes viven de los ingresos de los padres y madres.

Tal y como comenta Fernando Conde, si el mercado laboral se ha desregularizado, el Estado del Bienestar debe crear los instrumentos para evitar que amplios sectores sociales acaben en las lindes de la marginación.

3.1.2. Evolución del consumo de drogas.

En lo que se refiere al consumo de drogas en nuestro país, hay una variación en comparación con años anteriores. Se han producido cambios tanto a nivel social y cultural, como en los tipos de sustancias y las maneras de consumirlas.

En los **años ochenta**, el consumo de drogas se asociaba a un uso principalmente marginal y la heroína era la sustancia más utilizada. Se tendía a despreciar y a estigmatizar a la persona que consumía, que era considerada como un problema que había que alejar del resto de la sociedad. Como consecuencia de la marginación y exclusión de estas personas, así como por la escasez de recursos para optar a un tratamiento adecuado y debido a la aparición del VIH, se produjeron un gran número de defunciones vinculadas al consumo de heroína por vía endovenosa.

A partir de los **años noventa**, se produce el fin del modelo tradicional de "ser joven",

lo que acarrea grandes cambios a nivel social por lo que respecta al mundo laboral, al acceso a la vivienda y a la percepción que se tiene del tiempo de ocio. Estos aspectos, influyen en una serie de cambios en las formas de consumo de drogas en España. Surgen nuevas sustancias, entre las que destacan las drogas de síntesis, y se adoptan nuevos patrones de consumo entre la población juvenil.

Estas sustancias empiezan a ser consumidas, principalmente:

- El fin de semana.
- En espacios de ocio nocturno.
- En locales públicos.
- Con las amistades.
- Por diversión.

Estos consumos se normalizan entre las personas jóvenes y ya no son vistos de forma marginal, tal y como sucedía con las personas que consumían heroína.

Con el tiempo, otro tipo de sustancias han ido tomando protagonismo. Este es el caso del tabaco y del alcohol, pero también del cannabis y, en menor medida, de la cocaína.

Así como se ha apreciado un cambio en el tipo de sustancias, también se ha experimentado una modificación en los patrones de consumo de las personas jóvenes:

- Se inician más temprano en el uso de sustancias.
- El consumo se realiza en un contexto de ocio y en el grupo de iguales.
- Existe una escasa percepción del riesgo.
- El consumo se tiende a normalizar y a trivializar.
- La persona consumidora de drogas está integrada en la sociedad y no siente ningún tipo de discriminación por parte de ésta.

Expresiones relacionadas con los cambios en las formas de consumo de drogas en los años 90:

- Modificación de las fronteras que definían lo normal y permitido y lo estigmatizado y lo excluido.
- Pérdida de fuerza simbólica de las drogas como marcador social y desarrollo de una menor preocupación social al respecto.
- Muchos de los consumos de drogas se inscriben de forma creciente en el terreno de la normalidad social.
  - Cada día hay más drogas sin dependencias.
  - Cada día hay más conductas adictivas sin drogas.
- En la juventud con la excepción de la heroína, existe una creciente normalización en el consumo de drogas. Su consumo está legitimado.
- Las formas de consumo de drogas se viven como una forma, como una modalidad más de consumo:
  - Preocupación por el abuso, más que por el uso.
  - Preocupación por la calidad de las sustancias.

Fuente: Fernando Conde, 1999.

El **alcohol** es una droga legal cuyo consumo está muy extendido y, junto al tabaco, es la que causa mayores problemas sociales y sanitarios.

Desde 1950 a 1980 el consumo de alcohol por parte de la juventud era similar al de la población general.

A inicios de 1980 aparece la creación de un modelo de consumo de alcohol especí-

Tabla 3.1. Evolución en el modelo juvenil de consumo de alcohol.

FINALES DE LOS AÑOS 80	AÑOS 90 Y PRIMEOS AÑOS DEL SIGLO XXI	SEGUNDA MITAD DE LA PRIMERA DÉCADA SIGLO XXI
- Dicotomía trabajo-ocio. - Dicotomía semana laboral / fin de semana. - Vinculación del alcohol a la diversión. - Inscripción del alcohol en la "relación grupal" de los jóvenes. - Importancia del exceso, de la pérdida de los límites. - Transformación de los emergentes de los años 80 en tópicos.	- Transformación de los emergentes de los años 80 en tópicos. - El "finde" como centro simbólico y cognitivo de los consumos. **- El "finde" como centro del consumo juvenil** - Dentro del "finde", progresivo desplazamiento a la "noche" como momento privilegiado del consumo. - Afirmación progresiva del "botellón" en el espacio	- Búsqueda de la "auto-regulación" en los consumos de alcohol. - Génesis de una mala imagen del consumo excesivo, de la "borrachera". - Desplazamiento progresivo del "exceso" a las edades más jóvenes, en el paso a la adoles- - Ingesta muy rápida. - Ingesta de alcoholes de fuerte graduación alcohólica.

Fuente: Fernando Conde, 2010.

fico de las personas jóvenes caracterizado por:

- Cambio en las formas de consumir.
- Atribución del consumo de alcohol y de ciertos rasgos identitarios.
- Ingesta de alcohol como finalidad autónoma (separada de la gastronomía).
- Alcohol vinculado a la sociabilidad juvenil y a la independencia de los adultos.
- Búsqueda de la intoxicación etílica.

En los años noventa y principios del dos mil, las personas jóvenes empezaron a reunirse los fines de semana en grupos para consumir alcohol fuera de los recintos de ocio nocturno habituales. A esta práctica se la pasó a denominar "botellón". De esta forma, se puede beber más cantidad de alcohol por menos dinero, aumentar la cohesión de grupo y utilizarlo como elemento socializador.

Según el estudio *Consumo de alcohol en los adolescentes. Pautas culturales y estilos de vida*(4), el 91% de los y las jóvenes que acudían a estas prácticas afirmaba que asistir a un "botellón" es una oportunidad para compartir y conversar con las amistades y con gente de la misma edad; en un 87% que el espacio donde se hace el "botellón" es atractivo porque sólo hay gente joven; en un 70% que beber en el "botellón" es más seguro porque no es alcohol de garrafón; en un 71% que acudir a "botellón" te permite conversar porque la música no es un impedimento; y en un 72% que participar en el "botellón" es una buena alternativa a los locales que cierran muy temprano.

Podríamos decir que se ha pasado del patrón tradicional de consumo mediterráneo, vinculado con la gastronomía, a un patrón de consumo anglosajón, en el que se consumen grandes cantidades de alcohol en breves espacios de tiempo, lo que supone un riesgo para la salud. Un ejemplo de ello es que todos los fines de semana se realizan ingresos en las urgencias de los hospitales debido al consumo abusivo de alcohol y/o intoxicaciones etílicas.

El consumo de alcohol ha variado en el estado español. Las personas adultas continúan con el patrón tradicional de consumo diario y en pocas cantidades durante las comidas y en momentos festivos, mientras que la juventud efectúa un tipo de consumo ocasional durante los fines de semana y en una proporción más elevada, en lugares de diversión y espacios públicos, en los que se beben, principalmente, licores de alta graduación combinados.

Es importante tener en cuenta que no todos los y las jóvenes participan en "botellones"

(4) VV.AA., 2007.

los fines de semana, ni todas las personas que acuden a ellos consumen alcohol.

En España el uso de la **cocaína** no fue popularizado hasta la década de los ochenta, donde adquirió gran importancia en un sector acomodado de la población. En la actualidad, es consumida por personas de diferentes estratos sociales y distintas edades.

Como se ha dicho anteriormente, la cocaína no es la sustancia consumida más frecuentemente por la juventud actual y su inicio es más tardío que el de sustancias como el tabaco o el alcohol.

Desde hace un tiempo, se ha observado un aumento en las demandas de tratamiento por abuso o dependencia a la cocaína. Se trata de una de las drogas que comporta más ingresos en las urgencias hospitalarias.

El consumo de cocaína se acostumbra a efectuar con finalidades recreativas y se caracteriza por realizarse de forma ocasional, cuando se sale de fiesta, siendo su uso frecuentemente asociado con el del alcohol.

Fernando Conde (2010) señala que las pautas más recientes de evolución en los consumos de drogas están influidas por una serie de factores:

- Cambio en la mentalidad social ante el consumo juvenil.
- Mayor presión de las administraciones públicas ante los consumos de alcohol (prohibición de los “botellones” en los espacios públicos, controles de alcoholemia…).
- Evolución de las experiencias juveniles en relación con las formas de vida desarrolladas en la última década.
- Evolución de los estilos educativos de las familias españolas en los que no se cuestiona la necesidad de poner normas en la educación de adolescentes y jóvenes a la vez que se produce una difícil conciliación de la vida familiar y laboral (poco tiempo de dedicación a los hijos).

Aspectos en relación al consumo de sustancias entre la juventud

En positivo:

- Desarrollo de una cierta experiencia generacional sobre los límites del modelo juvenil de los 90.
- Paso de un modelo de consumo compulsivo a un modelo de riesgo.
- Tendencia hacia una cierta autorregulación y contención en los consumos de las drogas.

En negativo:

- Acentuación de los ritos de entrada en la juventud, más que los de salida.
- Adelantamiento de las edades de inicio de las prácticas de riesgo socio-sanitarias.
- Las edades pre-adolescentes como principal espacio de riesgo.

Fuente: Fernando Conde, 2010.

3.1.3. Contexto socio-familiar y estilos educativos.

Como se ha comentado con anterioridad, la precariedad laboral y el retraso en la emancipación de las personas jóvenes son factores que han influido en que a la juventud se le otorgue una mayor autonomía en el seno de la familia y una menor exigencia en el ámbito educativo por parte de los padres y madres.

El papel de la familia es básico para prevenir de forma adecuada el consumo de drogas. Pero los progenitores deben encontrar su propia manera de hacerlo, ya que dependerá de cada caso. Es necesario encontrar un estilo educativo que se adapte a su situación particular.

Los **estilos educativos** que antes eran más utilizados han ido evolucionando en función de los cambios que se han producido en los distintos ámbitos: social, cultural, económico, etc. Lo que más preocupa

actualmente a los padres y madres es la conciliación de la vida laboral y familiar. Desde la incorporación de las mujeres al mundo laboral, tanto el padre como la madre disponen de poco tiempo para estar con sus hijos e hijas. Por otro lado, ninguno de los dos cuestiona ya la importancia de poner normas en su educación.

Según el modelo de educación recibido y las características de cada miembro de la familia, se optará por un estilo educativo u otro, pero su elección será muy importante a la hora de prevenir los consumos de drogas. Existen varios tipos y todos ellos proporcionan pautas de cómo actuar ante diferentes situaciones familiares.

Fernando Conde (CREFAT, 2003) asegura que, a partir de las diferentes figuras de la autoridad familiar, se darán distintos posicionamientos estructurales. Habrá presencia de diálogo y de autoridad en función de si los padres y madres optan por mostrarse como amigos/amigas, autoritarios/autoritarias, democráticos/democráticas o de si están ausentes.

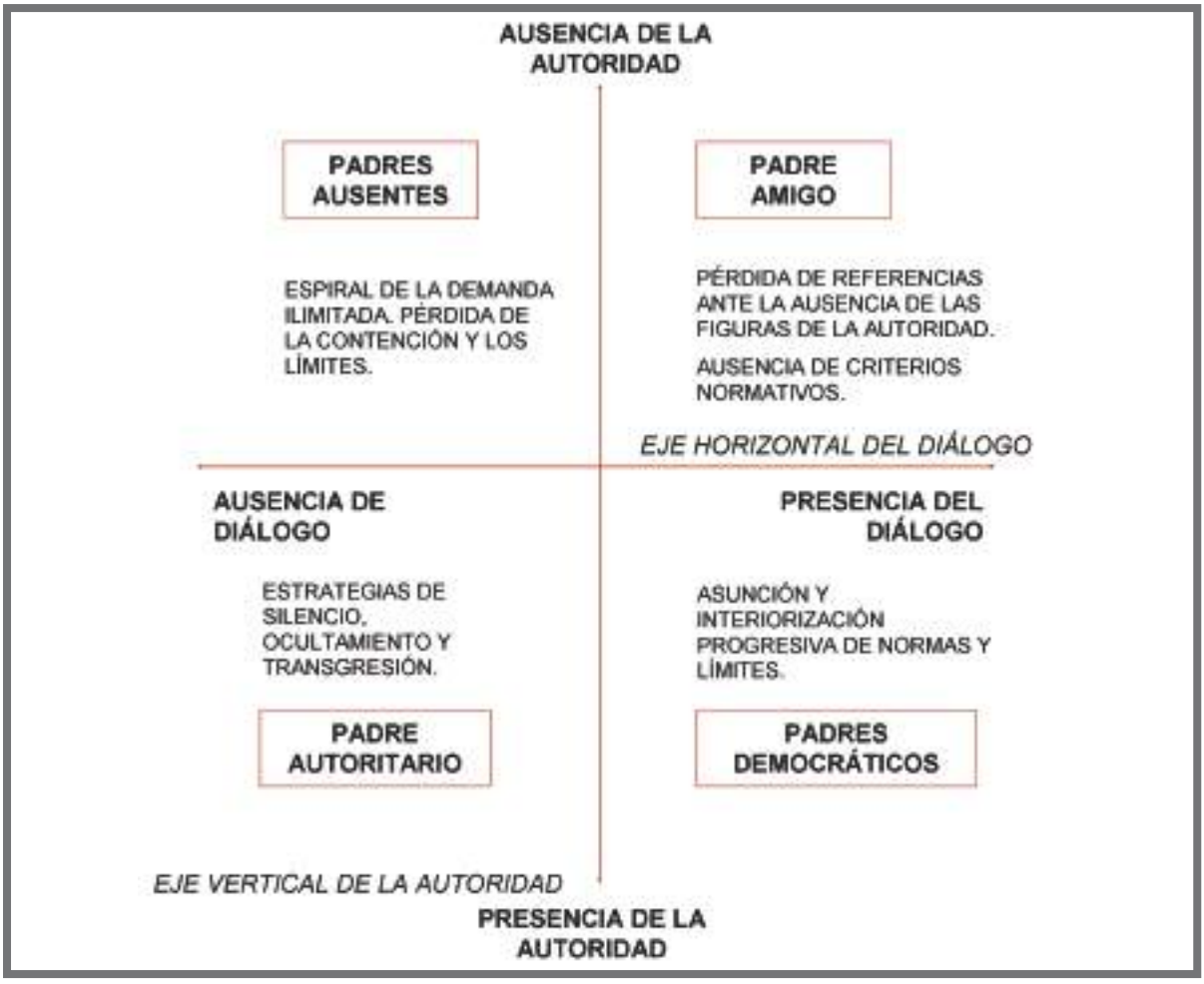
En un **estilo autoritario**, los progenitores tenderán a imponer sus normas sin que sean discutidas, teniendo como posibilidad el recurso de uso del castigo.

En un **estilo democrático**, los padres y las madres tenderán a mostrarse dialogantes e intentarán que las normas sean interiorizadas por sus hijos e hijas.

En un estilo caracterizado por el **padre amigo o madre amiga**, existirá el diálogo, pero la tendencia será de mostrarse como un igual ante los hijos e hijas, perdiendo así toda autoridad.

En el estilo de **padres y madres ausentes**, no habrá posibilidad de diálogo ni de que los progenitores puedan imponer autoridad a sus hijos e hijas.

Tabla 3.2. Algunas consecuencias del ejercicio de los distintos modelos de autoridad en la familia.



Fuente: CREFAT, 2010.

El hecho de escoger uno de estos modelos de autoridad y no otro puede tener consecuencias importantes en la familia.

- El uso de un estilo educativo autoritario puede provocar que los hijos e hijas oculten información sobre sus conductas a los padres y madres o lleguen incluso a transgredir las normas impuestas.

- En un estilo educativo democrático, los hijos e hijas comprenderán cómo los padres y madres quieren que actúen y se comporten y sabrán que el diálogo es el medio a través del cual podrán expresarse unos y otros.

- En el caso del padre o madre amigo/a, los hijos e hijas, al no obtener pautas concretas por parte de los progenitores, no dispondrán de referencia alguna que les oriente.

- En el estilo de padres o madres ausentes, los hijos e hijas no tendrán límites y existirá una pérdida de autoridad.

Como se ha mencionado anteriormente, el estilo educativo utilizado repercutirá más positivamente o negativamente en la problemática del consumo de drogas.

Tal y como comenta Fernando Conde, existen dos estilos educativos diferentes que repercuten de distinta manera en los consumos, ya que cada uno dispone de sus propias pautas educativas:

- El estilo más **exigente y normativo** se basa en el uso de normas claras en el seno de la familia y es más flexible en el exterior. Promueve la responsabilidad y provoca respeto por los límites estipulados.

- El estilo más **blando y permisivo** acostumbra a ser más rígido en el exterior que en el interior de la familia y suele usar incentivos como medio para lograr el respeto por los límites que han sido acordados.

En el estilo educativo más normativo se tiende a tratar de forma directa el tema de las drogas y se acostumbra a integrarlo en las conversaciones familiares de forma natural.

En el estilo educativo más permisivo se considera que hablar de drogas puede ayudar a incitar el consumo de sustancias.

En función del estilo educativo (normativo o permisivo), se informa y educa a los hijos e hijas de forma distinta:

Tabla 3.3. Pautas Educativas de los Estilos Normativo y Permisivo.

DIFERENTES PAUTAS EDUCATIVAS DE LOS ESTILOS "PERMISIVOS" Y "NORMATIVOS"

ESTILO PERMISIVO	ESTILO NORMATIVO
▪ Acentúa la separación "adentro - afuera" (afán de protección).	▪ Trato de proyectar el "adentro" sobre el "afuera" (afán de preparación).
▪ Suele ser "permisivo" en el interior de la vida familiar y de fijar reglas rígidas en el exterior.	▪ Suele fijar "normas" más claras en el interior y adaptar un criterio más flexible en el "exterior".
▪ Suele usar el consumo como medio de incentivación (contrapartidas).	▪ Suele promover la responsabilidad juvenil por sí mismo sin "contrapartidas" ("regalos" ocasionales).
▪ Suele haber más desbordamiento de los limites acordados.	▪ Suele haber más respeto por los límites acordados.

Fuente: Fernando Conde, 2010.

- Las familias de orientación más permisiva:

→ Reducen la importancia de la familia en la prevención frente al papel que puede cumplir el sistema educativo o los medios de comunicación.

→ Dialogan menos.

→ Sitúan el rol de la educación familiar en el "momento" del "presente de los consumos".

- Las familias de orientación más normativa:

→ Destacan la importancia de la educación familiar en el ámbito específico del consumo de drogas.

→ Dialogan más.

→ Acentúan que dicha educación debe de realizarse "antes", desde la infancia.

De todos modos, se ha podido observar como aquellos temas que surgen dentro del espacio familiar son los que más conflicto acostumbran a generar en las familias, como por ejemplo el de los horarios de regreso al hogar, los estudios, la paga, la colaboración en las tareas domésticas.

Por el contrario, aquellos que ocurren fuera del entorno familiar serían los que producirían menos conflictos, como es el caso de la sexualidad o, precisamente, el consumo de sustancias. Y es que, tal y como dice Fernando Conde: "algunas de las cosas que más preocupan, son de las que menos se habla".

Los padres y madres tienen tendencia a comparar su generación con la de sus hijos e hijas, acostumbrando a salir beneficiada la suya propia. Esta comparación les ayuda a la hora de disponer de un nuevo punto de vista, aunque también puede provocar una menor comprensión hacia el comportamiento de la juventud, por tratarse de contextos tan diferentes. Este es uno de los motivos por los cuales es muy importante la comunicación en la familia.

La **comunicación con los hijos e hijas** es básica para fortalecer las relaciones familiares y llevar a cabo una acción educativa más sólida y eficaz. No obstante, el hecho de que los padres y madres tengan que compaginar su vida laboral con la familiar, no siempre favorece un clima comunicativo propicio.

Si se pretende conseguir una buena comunicación con los hijos e hijas, será necesario buscar y encontrar espacios, momentos en los que poder conversar. Es importante que los padres y madres primen la calidad del diálogo más que la frecuencia de éste.

También es primordial escuchar lo que los hijos e hijas explican, respetando su turno de palabra, mostrando interés por lo que cuentan y empatizando con ellos y ellas. No se trata de personas adultas, sino de jóvenes que están pasando por un período vital diferente con otras prioridades, motivaciones e intereses.

Fomentar el diálogo en la familia es muy importante a la hora de prevenir el abuso de drogas durante la etapa adolescente, principalmente si se consigue una buena comunicación, ya que los vínculos afectivos entre sus diferentes miembros se vuelven más estrechos. Se trata pues, de un factor de protección del consumo y/o abuso de drogas.

Una buena comunicación entre ascendientes y descendientes favorece que los hijos e hijas tengan más autoestima y seguridad en sí mismos y mismas, se sientan más partícipes de la vida familiar y entiendan mejor el establecimiento de normas y límites.

Con el paso de los años las familias han pasado de usar la autoridad como único medio de hacer entender y respetar **las normas y los límites** a sus hijos e hijas, a usar el diálogo de forma permanente. Actualmente, se sigue defendiendo esta manera de pensar, pero también se ha interiorizado la importancia de la existencia de normas en la educación de los hijos e hijas y que la responsabilidad en la toma de decisiones debe corresponder a los padres y madres.

Es necesario reforzar las normas y los límites ya que son factores de protección del consumo de drogas. Pero para que una norma sea efectiva hace falta que sea clara y consecuente con la conducta realizada por los hijos e hijas.

Los padres y madres deben ver la importancia de establecer normas y de precisar

sus límites a los hijos e hijas. Cuando este objetivo se ha logrado, será necesario instaurar dichas normas, comprobar que se cumplan y tomar medidas en el caso de que éstas no sean respetadas.

Las normas y los límites familiares son una herramienta que permite indicar a los hijos e hijas cómo deben comportarse en situaciones determinadas, qué deben hacer en cada momento, y cuáles serán las consecuencias en el caso de que no sean respetados. Les aporta claridad, regulan el funcionamiento familiar, les orientan sobre lo que sus padres y madres esperan de ellos y ellas y, sobre lo que creen que está bien o mal.

Pero cada familia tiene sus propias características, así que no hay unas normas que sirvan para todos los casos. Cada una tendrá las suyas propias, pero lo importante es que existan.

También hay que señalar que es necesario que ambos progenitores se pongan de acuerdo a la hora de transmitir y hacer respetar las normas y los límites. Aunque existan diferencias en las maneras de ser y pensar, si no existe un consenso y se muestra a los hijos e hijas que hay un acuerdo, será difícil que sean efectivas, ya que crearán confusión.

Un ejemplo de programa de prevención familiar es el programa MONEO, basado en la prevención universal, que consta de cuatro sesiones grupales (información sobre drogas, comunicación familiar, normas y límites y posición familiar sobre drogas), dirigidas por un/a profesional, que pretende ofrecer herramientas preventivas del consumo de drogas a padres y madres de adolescentes.

En el programa MONEO se explica que para que las normas y los límites sean comprendidos y respetados, será necesario aplicar diferentes pautas:

- Tener claros los motivos que justifican las normas que se imponen, y explicarlos a los hijos e hijas, así como las consecuencias de incumplir las normas.
- Fundamentar las normas en las consecuencias que se derivan de cumplirlas o incumplirlas, para los hijos e hijas o para los demás; y no tanto para los padres.
- Procurar pactar las normas con los hijos e hijas, admitiendo modificarlas si aportan motivos razonables.
- Relacionar responsabilidad con libertad, al pactar las normas.
- Un vez fijada una norma, exigir siempre que se cumpla; y en caso de incumplimiento, aplicar siempre la sanción prevista.

Pero los padres y madres no sólo deben supervisar el cumplimiento de las normas en el hogar; también es importante que muestren interés por el comportamiento que tienen sus hijos e hijas en otros entornos, como es el caso de la escuela o el barrio. La idea es integrarse de forma natural en las actividades diarias de los hijos e hijas, desde la infancia, haciéndoles comprender que si actúan de esta forma es porque se interesan por ellos y ellas; aunque este aspecto variará en función de la edad de los hijos e hijas.

¿Pero qué ocurre si las normas que han sido establecidas no se cumplen? Se recomienda que se aplique una sanción que haya sido pactada previamente y que se haga cumplir de principio a fin.

Según el programa de prevención familiar mencionado anteriormente, hay formas efectivas y razonables de sancionar a los hijos e hijas en el caso de que las normas no se cumplan y se dan algunas pautas que se presentan a continuación:

- Mejor castigos pequeños y aplicados de forma coherente.
- Relacionar la sanción con la conducta que la motiva.
- No castigarse a uno mismo o a otros miembros de la familia.
- Buscar con la sanción efectividad y no una revancha.

Pero también es importante que cuando las normas se cumplan, los padres y madres reconozcan verbalmente dicha consecución a los hijos e hijas para que así se refuerce su conducta positiva.

La transmisión de **valores en la familia** es uno de los factores que determinará el comportamiento futuro de los y las jóvenes y que influirá en las relaciones que tengan con los demás y en su manera de enfrentarse a la vida en general.

Como en el caso de la comunicación familiar y de las normas y los límites, los valo-

res son un factor de protección del consumo de sustancias.

Los padres y madres transmiten a sus hijos e hijas sus propias opiniones, creencias, estilos de vida, comportamientos…, y constituyen un ejemplo de cómo hay que actuar frente a determinadas situaciones que se nos plantean en el día a día.

Aunque en la escuela y en la sociedad se aprendan una serie de valores, son los padres y madres quienes deben transmitir sus propios conocimientos a los hijos e hijas, la diferencia entre lo que consideran correcto e incorrecto, y la forma de comportarse que consideran que es la más adecuada.

Se puede apreciar como algunas de las pautas de comportamiento de los y las jóvenes no son propias de esa etapa de sus vidas, sino que son aprendidas de las personas adultas que les rodean, principalmente de sus padres y madres. Estos les transmiten sus valores y su manera de ver el mundo, pero también sus ideas sobre el consumo de drogas y la manera en la que se relacionan con ellas.

Por otro lado, al encontrarse en una etapa caracterizada por cambios físicos y psíquicos, por una búsqueda constante de su propia identidad, y por la relevancia que se da al grupo de iguales, los y las adolescentes llegarán a cuestionar e incluso rechazar algunas de las opiniones y valores de los padres y madres.

Los valores varían en función de la persona y se les atribuirá menor o mayor importancia en base a la escala que cada persona tenga interiorizada. Según la manera de pensar y de ver la vida del padre, la madre o la pareja, se transmitirán unos valores u otros a los hijos e hijas. Pero es importante cuestionarse cuáles son los valores que pueden ayudar a los hijos e hijas a decidir por sí mismos y mismas de la forma más adecuada en situaciones relacionadas con el consumo de drogas.

En una **sociedad de consumo** en la que las personas jóvenes se dejan a menudo arrastrar por la presión de la publicidad y del grupo de iguales, los padres y madres tienen el difícil papel de hacer entender a sus hijos e hijas que lo más adecuado es realizar un consumo responsable de marcas y objetos. En este caso, también intervendrían de forma importante los valores transmitidos por los padres y madres a sus hijos e hijas (por ejemplo, aprender a valorar más lo que se tiene, a concienciarse de que obtenerlo requiere un esfuerzo y que no hay que darle tanta relevancia al dinero).

Cuando el consumo se realiza de forma irreflexiva y se gasta dinero compulsivamente, es más probable que el consumo

Tabla 3.4. La problemática de la paga y los horarios como controles exteriores sobre el posible consumo de drogas de los hijos e hijas.

LA PROBLEMÁTICA DE LA PAGA Y LOS HORARIOS COMO CONTROLES EXTERIORES SOBRE EL POSIBLE CONSUMO DE DROGAS DE LOS HIJOS E HIJAS

- Los padres y madres perciben en la paga y los horarios los principales medios de reducir el acceso de los hijos a los consumos de drogas. (estilo permisivo).
- En lugar de la "paga" regular existe una fuerte tendencia a dar dinero para cada salida concreta. (medio de control).
- Horario y pagas se transforman en espacio de conflicto.
- Se pierde el carácter educativo de la paga regular. (estilo normativo).
- Se desarrollan ciertos efectos indeseados en los consumos de drogas en relación con el mero control horario. (Ingesta rápida de alcohol, otros consumos para "borrar" los efectos más notorios…).

Fuente: Fernando Conde, 2010.

de drogas se trivialice y se equipare al de cualquier otro tipo de consumo diferente, como puede ser, por ejemplo, el de la ropa.

Fernando Conde (2010) aboga por la defensa de un estilo de vida menos consumista, en el que se fomente un modelo de consumo más austero y responsable. Es decir, la importancia de la educación en el consumo de marcas como medio de prevención en el consumo de drogas. Explica la relación entre el consumo de marcas y objetos, y el de las drogas, a partir de los siguientes puntos:

- Pese a la importancia del consumo en la vida juvenil y familiar, en las familias no se relaciona el consumo de marcas y de objetos por los hijos e hijas con la problemática del consumo de drogas.

- Sin embargo, en la educación en el consumo se fomentarán y desarrollarán varios tipos de actitudes y motivaciones básicas para abordar la prevención inespecífica del consumo de drogas:

→ El saber aprender a dominar el deseo de consumo inmediato, el saber aprender a superar la frustración de no conseguir lo que se desea.

→ El saber desarrollar una capacidad de aguante ante la presión grupal que subyace tanto en el consumo de objetos y de marcas como de drogas.

→ El aprender a madurar y a hacerse cargo de que se puede ser diferente a los demás.

→ El aprender a integrar y a incorporar de forma más autónoma los criterios de juicio y de decisión que son básicos para prevenir el consumo de drogas.

→ El aprender una conducta algo más austera y contenida, algo más responsable que entiende y asume que no todo lo que ofrece el mercado debe ser consumido.

Hay padres y madres que con la intención de querer alejar a sus hijos e hijas de un posible consumo de drogas, creen que poniendo un mayor control sobre aspectos como la paga que reciben o los horarios de llegada a casa, impedirán que este hecho se produzca, aunque estas medidas sean un foco de fricción entre los diferentes miembros de la familia y pueden producir efectos indeseados.

Es importante observar el comportamiento de los hijos e hijas diariamente. Si se aprecia que son capaces de comportarse de forma responsable y con un respeto hacia las normas acordadas, como es el caso de los horarios de regreso al domicilio familiar, es muy positivo verbalizar que se confía en ellos y ellas y que se les dará más libertad en función de su actitud.

3.1.4. Conclusiones.

Es importante destacar algunos **aspectos generales** que han sido tratados a lo largo de este capítulo y que Fernando Conde enumera a continuación:

- Promover políticas que favorezcan la conciliación de la vida laboral y familiar.

- Reforzar la confianza en la capacidad de los padres y madres en la educación de sus hijos e hijas.

- Impulsar los estilos educativos más abiertos y normativos.

- La propia familia puede en la vida cotidiana y en la organización del espacio del hogar tomar medidas que favorezcan el encuentro y el diálogo familiar (por ejemplo: comer juntos, no comer con la televisión puesta).

- Fomentar una forma de vida familiar más austera y responsable.

- Apoyar el fomento de los proyectos en la vida juvenil, frente al presentismo de las actuales formas de consumo de tiempo libre.

- Acentuar la importancia de educación sostenida y a largo plazo en el consumo de marcas, sobre el control exterior y cotidiano de las pagas y de los horarios de salida de los hijos e hijas.

- Hablar y conversar de drogas en la familia de forma normalizada y desde edades preadolescentes.

- No tener miedo a utilizar la propia experiencia, la de los más próximos, para fomentar el aprendizaje de la juventud.

- Combinar la educación moral, con la formación de las actitudes y con la información sobre las sustancias y su composición.

En cuanto a la **juventud actual** los puntos a destacar son:

- Dificultades laborales que conllevan un retraso en su emancipación.
- Cambio en el tipo de sustancias consumidas.
- Cambio en el patrón de consumo (uso de drogas en momentos de ocio, principalmente durante las noches y fin de semana).
- Normalización del consumo.
- Escasa percepción del riesgo.

3.2. Efectos del consumo desde la dimensión fisiológica de la persona.

3.2.1. Conceptos básicos.

Antes de comenzar este punto, es importante recordar algunos conceptos que se consideran básicos en relación a las drogas.

Existen diferentes criterios para clasificar las drogas en función de su origen, su situación legal e institucional, y según sus efectos sobre el sistema nervioso central.

A lo largo de este punto se realizará una clasificación de las drogas según los efectos que éstas producen sobre el sistema nervioso central. La acción que las drogas pueden provocar en éste puede ser de tres tipos: estimulante, depresora y alucinógena.

Los **estimulantes** son las sustancias que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, reducen la sensación de fatiga y de hambre, interfieren en el sueño, aumentan la tensión y provocan una excitación generalizada.

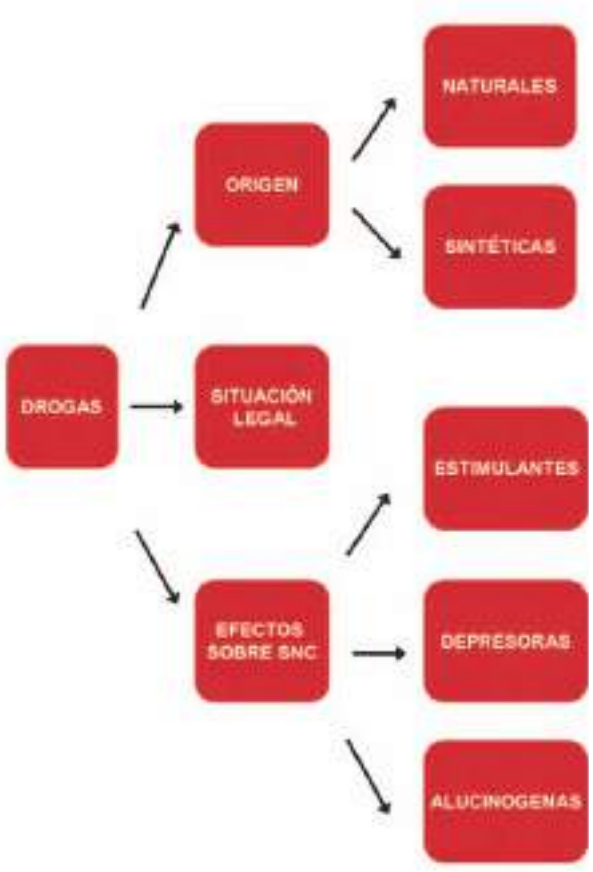
Las drogas **depresoras** son sustancias que ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso central, reducen los reflejos y producen somnolencia.

Por último, los **alucinógenos** distorsionan y alteran la forma de percibir el mundo exterior.

Existen tres factores muy importantes de los que dependerá el resultado del consumo y que son: la persona, la sustancia y el contexto.

- La **persona** que las consume. Estará en función de la edad y el sexo; del grado de madurez; de la actitud hacia el consumo; de la situación personal y de las razones personales para usar las drogas; etc.
- Las características de la **droga** consumida. Guarda relación con el tipo de sustancia; la frecuencia de uso; la cantidad y calidad de ésta; la vía de consumo utilizada y el tipo de uso que se haga; etc.

Tabla 3.5. Clasificación de las drogas.



Elaboración propia.

- El **contexto**. Depende de diferentes variables como: el lugar y el momento en el que se consume; el contexto cultural, social y económico; etc.

Tomando como referencia los criterios de la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), los trastornos propios del consumo inadecuado de drogas son los siguientes:

- **Abuso**: uso de una droga que no corresponde ni a los patrones médicos ni a los patrones sociales aprobados en el marco de una cultura dada. El uso continuado de esta sustancia provoca la aparición de consecuencias adversas relacionadas con el consumo.

- **Tolerancia**: se produce cuando una persona que consume una determinada sustancia necesita aumentar la dosis progresivamente para poder sentir los mismos efectos de antes, ya que el organismo se ha habituado a este consumo. El punto máximo de la tolerancia es distinto para cada persona y varía también con cada sustancia.

- **Dependencia**: aparece cuando una persona, después de un periodo de consumo de drogas, llega a no controlar esta situación y necesita seguir consumiéndola para no sentir los efectos negativos de la falta de dicha sustancia. La dependencia puede ser de dos tipos: física y psíquica.

- **Sobredosis**: resultado del uso de una dosis de más pureza o superior a la tolerada por el propio cuerpo. Puede llegar a ser mortal, y normalmente se produce por diversas causas:

→ Después de una temporada de abstinencia, el cuerpo ya no tiene la misma resistencia o capacidad de metabolizar la dosis.

→ Cuando se mezclan sustancias y se enmascaran los efectos de cada una de ellas, sin logar los resultados deseados, a pesar de que la cantidad de sustancias tóxicas en sangre sea alta.

→ Cuando la sustancia está menos adulterada que de costumbre y, en consecuencia, se administra una mayor del principio activo.

- **Síndrome de abstinencia**: conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando se reduce o se suspende el uso de una sustancia, tras haberla consumido de forma habitual y a dosis elevadas. En función de la sustancia consumida, se producen diferentes tipos de alteraciones y/o cuadros clinicos:

→ Delirium o cuadro confusional: se produce un descenso en el nivel de conciencia, incapacidad de atender, desorientación, lenguaje incoherente y percepción alterada (provocada por cannabis, alucinógenos, cocaína, opiáceos, hipnóticos, alcohol e inhalantes).

→ Trastorno psicótico inducido: los síntomas psicóticos aparecen en un periodo de dos semanas posteriores al consumo, los síntomas persisten más de 48 horas y el cuadro tiene una duración inferior a seis meses.

→ Síndrome amnésico: supone deterioro de memoria, con déficit de memoria reciente, interfiriendo en la vida diaria y disminución de la capacidad para recordar hechos pasados.

3.2.2. Mecanismos neurobiológicos implicados en el consumo de drogas.

El consumo de drogas puede explicarse en base a un proceso de condicionamiento operante. Concretamente el refuerzo positivo es lo que hace que se inicie el consumo de drogas, pero es el reforzamiento negativo el que favorece que se siga manteniendo el consumo. Sin embargo, para explicar estos procesos, es preciso hablar de los mecanismos neurobiológicos subyacentes.

- **El proceso de reforzamiento.**

El proceso de reforzamiento propio del consumo de cualquier droga está mediado por un aumento de la dopamina en el organismo, que actúa a través del sistema mesocorticolímbico (circuito encargado del refuerzo). En concreto, se produce un aumento de la dopamina en el núcleo accumbens.

Pese a que todas las drogas producen este aumento de la dopamina a través del citado sistema mesocorticolímbico, el mecanismo por el cual se produce este fenómeno varía de una droga a otra.

La cocaína actúa bloqueando los transportadores de dopamina mientras que el alcohol actúa a nivel de los sistemas gabaérgicos.

Son dos “estrategias” diferentes cuyo resultado es el mismo: un aumento del nivel de dopamina.

Además del papel reforzador en sí de la dopamina, ésta tiene otras tres funciones más en el proceso de reforzamiento:

→ Predice la aparición de una recompensa. Nos situamos pues, en un paradigma de condicionamiento clásico.

→ Predice los errores. Se produce un aumento de la dopamina, pero que no va seguido de la recompensa esperada.

→ Activa la motivación para la adquisición de la recompensa.

- **El efecto de tolerancia.**

La tolerancia se produce por una bajada de la dopamina a medida que se van repitiendo los consumos. Sin embargo, el poder de la dopamina como estímulo predictor (que se concibe como un potente reforzador en sí mismo) es lo que hace que la persona consumidora siga deseando y buscando la droga.

- **El proceso de la abstinencia.**

En lo que respecta al mantenimiento del consumo, éste se produce por un proceso de reforzamiento negativo, es decir, se consume no buscando el placer, sino para evitar el malestar que provoca la abstinencia a determinada sustancia (fenómeno de la abstinencia).

Los efectos de la abstinencia (disforia, ansiedad, irritabilidad, etc.) están mediados por mecanismos biológicos comunes. En concreto, la dopamina disminuye su nivel en el circuito de recompensa, siendo este circuito común para todas las drogas, aunque las estructuras neuronales implicadas sean diferentes para cada una (por ejemplo: en el consumo de opiáceos está implicado el núcleo ceruleus mientras que en el consumo de cannabis está implicado el cerebelo).

- **El proceso de pérdida de control.**

Podemos hablar de dos procesos que explicarían por qué la persona que consume drogas no es capaz de parar de consumir:

→ Control a través de sistemas motores:

A medida que se consume la droga se activan más los sistemas motores (en detrimento de la activación de los sistemas mesocorticolímbicos). Este es el sustrato del uso compulsivo de la droga, la base del hábito.

→ Mecanismo de inhibición de la corteza prefrontal:

El consumo continuado de drogas genera cambios estructurales de las neuronas corticales, produciéndose una inhibición de la corteza prefrontal, de modo que la persona adicta no es capaz de inhibir la respuesta de consumo.

Existen distintos **tipos de consumo** (experimental, esporádico, habitual y abusivo) y a partir de ellos, se puede considerar que las personas que los lleven a cabo tendrán diferentes características:

El **experimental** consiste en que la persona consumidora prueba las sustancias para descubrir qué efectos le gustan y cuáles no, qué sustancias prefiere, en qué contextos, etc. Es un consumo que se da de manera puntual.

El **esporádico** implica consumo ocasional de la sustancia. La persona sabe qué sustancias y qué efectos le gustan, y escoge las situaciones en las que decide consumir. No consume siempre que le ofrecen y tampoco lo busca.

El **habitual** es un tipo de consumo periódico, ya sea fines de semana o cada quince días. Se mantiene un patrón de consumo ya establecido que relaciona la sustancia con un contexto, con la situación, con el comportamiento o con la persona concreta.

El **abusivo** implica que la persona aumenta la intensidad y la frecuencia del consumo. Existen perjuicios físicos, psíquicos y sociales. Aparecen dificultades para dejar de consumir y efectos adversos sobre la salud o la conducta.

Las **personas adolescentes**, pasan por diferentes **estadíos** en lo que respecta a las **drogas** (Mc. Donald, 1987):

- **Estadio 0:** sienten curiosidad hacia ellas, influenciados por las inclinaciones de su grupo de iguales.

- **Estadio 1:** quieren conocer más sobre el uso de las drogas y las oscilaciones del estado de ánimo que producen. La presión del grupo es la primera razón de la continuidad en el uso.

- **Estadio 2**: buscan el cambio de ánimo producido por las drogas, porque les alivia el estado de ansiedad. Se introducen en la parafernalia del uso.

- **Estadio 3:** siente preocupación por la acción de las drogas. Se producen cambios en su conducta. Cada vez necesitan más dinero para comprar drogas.

- **Estadio 4:** están totalmente enganchados/as por las drogas. Ya no les producen euforia, están sumergidos en el abuso.

3.2.3. Policonsumo de sustancias.

En la actualidad, entre la juventud española, el policonsumo es la situación más frecuente entre las personas que usan y abusan de sustancias. Se entiende por policonsumo la acción de consumir más de una sustancia en el mismo momento. El policonsumo de drogas implica importantes riesgos para la salud, ya sea en el momento en el que se mezclan las sustancias o por los efectos que éstas ocasionan a largo plazo en el organismo de la persona que las consume.

Existen diferentes tipos de policonsumo entre la población juvenil, desde la mezcla de cannabis y alcohol, tabaco y alcohol, cocaína y alcohol, y/o tranquilizantes y alcohol; estas combinaciones de diferentes drogas se pueden producir de forma esporádica o habitual.

Según un estudio del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2009), en el que se investigaron los patrones de consumo en la adolescencia y la juventud se concluyó que las persona policonsumidoras respondían a tres tipologías:

- Las que combinan alcohol y tabaco.

- Las que combinan cannabis con alcohol y/o tabaco.

- Las que combinan cannabis, tabaco y alcohol con alguna otra sustancia.

En la investigación citada anteriormente, se analizaron las conductas de adolescentes y jóvenes de veintidós países y se llegó a la conclusión de que una de cada tres personas entrevistadas afirmaba haber combinado diferentes sustancias en el último mes.

Otro dato importante a destacar hace referencia a que el policonsumo de drogas durante la adolescencia está relacionado con comportamientos de riesgo y con una iniciación precoz. En la etapa de la juventud estas conductas de riesgo pueden llegar a convertirse en patrones de consumo habituales lo que conllevarían una agravación de los problemas de salud.

Cuando se mezclan de manera simultánea dos o más sustancias, la suma de ambas puede tener unos efectos muy diferentes a los deseados en el mejor de los casos y, en muchos otros, una desagradable experiencia o incluso problemas graves de salud. La combinación de dos sustancias distintas a la vez, produce sinergias.

Existen tres tipos de **sinergias**:

- Sinergia **aditiva**: se sucede cuando se suman los efectos de las distintas sustancias consumidas (por ejemplo LSD y cafeína).

- Sinergia **supraaditiva**: los efectos de unas sustancias potencian los de otras, como sucede con el alcohol y los barbitúricos, potenciándose también los riesgos asociados y aumentando la posibilidad de sobredosis.

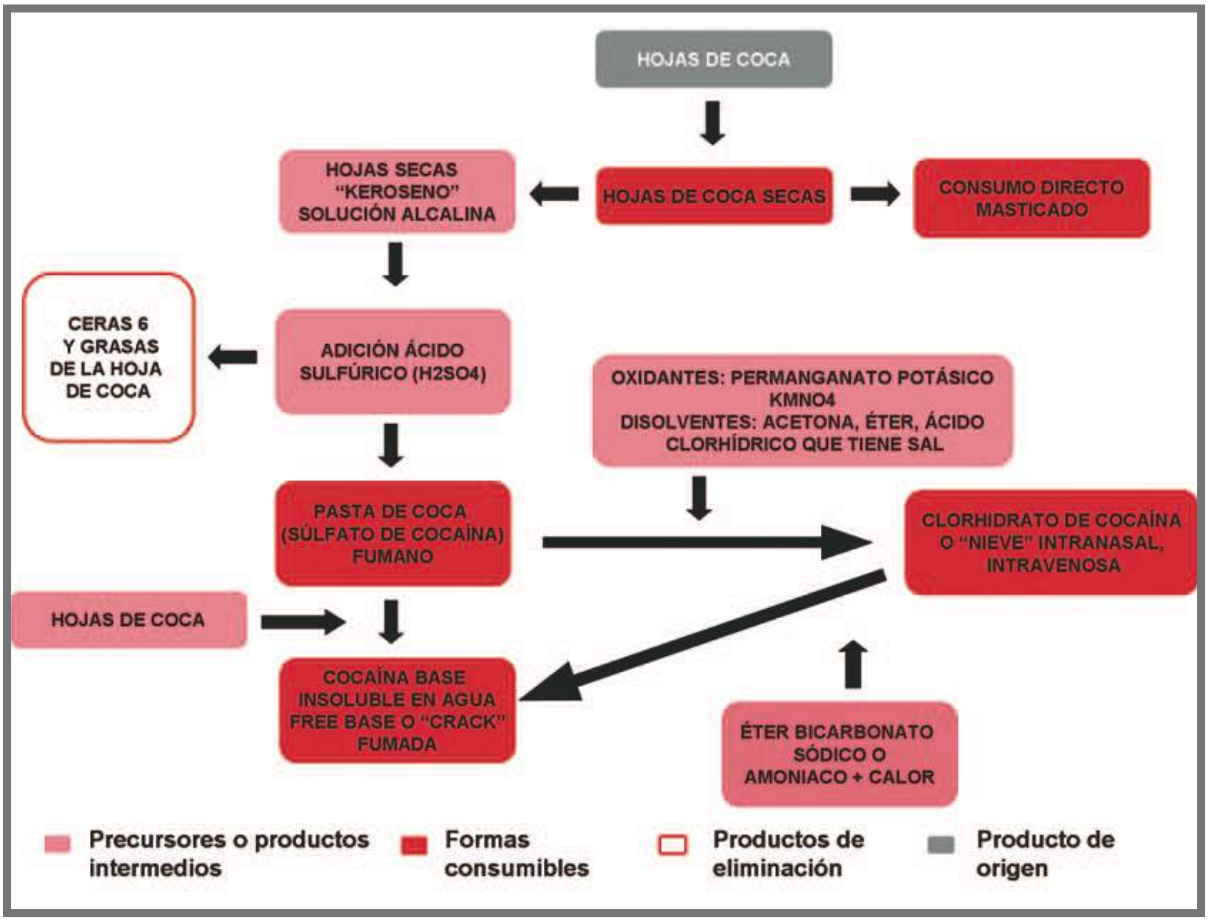
- Sinergia **infraaditiva**: aparece cuando se mezclan sustancias estimulantes y depresoras. Estos efectos se contrarrestan pero los riesgos se suman igualmente. Por ejemplo, cuando una persona mezcla alcohol y cocaína se produce una sinergia infraaditiva.

De cara a analizar las sinergias resultantes de la mezcla de alcohol y cocaína, es conveniente conocer las características y efectos de cada una de estas sustancias por separado.

LA COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central. Se obtiene de las hojas de la planta *Erithroxylon Coca,* originaria de Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador, y se cultiva actualmente en estos y en otros países del Oeste Sudamericano.

Tabla 3.6. Proceso de elaboración de derivados de la hoja de coca



Fuente: Patricia Robledo, 2010.

Las diferentes **formas de presentación** de esta sustancia son:

- **Hoja de coca**: usada por las personas que viven en las zonas donde se cultiva. En los países productores existe desde hace siglos un consumo tradicional que consiste en el masticado de las hojas procedentes de la planta, para liberar así su principio activo y obtener sus efectos. Las cantidades absorbidas de este modo son muy reducidas (contiene aproximadamente entre un 0,5 y un 1% de cocaína), por lo que apenas se registran consecuencias adversas asociadas a esta forma de consumo.

  Sin embargo, desde que se consiguiera aislar su principio activo a finales del siglo XIX, aparecieron otras formas de uso con un mayor potencial para causar problemas a la persona que consume.

- **Pasta de coca o basuko**: las hojas de coca se desecan con gasolina o queroseno, bases alcalinas, permanganato potásico y ácido sulfúrico para obtener la «pasta de coca». Se consume fumado mezclado con tabaco o marihuana.

- **Clorhidrato de cocaína o cocaína en polvo**: se obtiene por tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico. El clorhidrato de cocaína que resulta es un polvo blanco cristalino con sabor amargo que puede inhalarse por vía intranasal, fumarse mezclado con tabaco, disolverse en agua para inyección intravenosa, ingerirse por vía oral, o aplicarse directamente en mucosas donde ejerce un efecto anestésico característico. Tiene un efecto casi inmediato de entre unas dos o tres horas de duración.

Se presenta como un polvo blanco con una riqueza de cocaína de entre el 12-80%" (PNSD (2007): Informe Cocaína).

- **Cocaína base o crack**: el calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoniaco o bicarbonato sódico disueltos en agua elimina el ácido clorhídrico y produce formas básicas de aspecto gelatinoso que, a su vez, pueden fumarse por calentamiento. Se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. Es muy adictiva.

Tabla 3.7. Farmacocinética Básica de la Cocaína

PRESENTACIÓN	VÍA	TIEMPO DE ACCIÓN	PICO DE EFECTO MÁXIMO	DURACIÓN DEL EFECTO	BIODISPONIBILIDAD (%)
HOJA DE COCA (Mascada)	ORAL	5-10'	45-90'	-----	-----
CLORHÍDRICO	ORAL	10-30'	-----	60'	20-30
	INHALADA (Intranasal)	2-3'	15-30'	45-60'	20-30
	INTRAVENOSA	30-45'	10-20'	-----	100
PASTA DE COCA	FUMADA (Intrapulmonar)	8-10'	5-10'	-----	6-32
BASE	ASPIRADA (Intrapulmonar)	-----	-----	-----	90-100

Fuente: Patricia Robledo, 2010.

Según Patricia Robledo, la cocaína que se vende al detalle en España (Observatorio Europeo de Drogodependencias, 2004) tiene una pureza que oscila entre el 20-80% (habitualmente está en torno al 25-50%); el resto son adulterantes como azúcares (glucosa, lactosa, manitol), anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, harina, anfetaminas, quinina y heroína). La composición de adulterantes de la cocaína explica alguna de sus complicaciones clínicas.

Las **formas de consumo** de la cocaína más frecuentes son:

- La absorción oral.
- Vía intranasal, o inhalación.
- Intravenosa, o inyección.
- Inhalación de vapor de la cocaína.

En lo que se refiere a los **patrones de consumo**, existen varios tipos:

- Consumo experimental o recreativo de cantidades moderadas (menos de 1/4 de gramo de cocaína) y con conservación del control voluntario sobre el consumo.
- Uso intensivo**:** la frecuencia del consumo suele ser diaria.
- Consumo compulsivo: la frecuencia, cantidad y duración no pueden ser controlados por el individuo. Pueden producirse atracones (pueden llegar a tomarse varios gramos, muchas horas o días seguidos y no se conserva integra la voluntad de dejar de consumir a pesar de las consecuencias negativas). Este consumo caracteriza el abuso y la dependencia de cocaína.

Dependiendo de la vía de administración, se producen variaciones por lo que respecta al tiempo de acción, al pico del efecto máximo, a la duración del efecto y al porcentaje de biodisponibilidad de la sustancia.

Una vez que se consume la cocaína, ésta se distribuye por todo el organismo, en el hígado se metaboliza y es la orina la principal forma de excreción de nuestro cuerpo.

Cuando una persona consume cocaína se produce un aumento de la dopamina, la serotonina y la noradrenalina, debido a que esta droga impide la recaptación de los neurotransmisores en la membrana neuronal presináptica. Este hecho, conlleva un aumento de la concentración de la dopamina, la serotonina y la noradrenalina en la zona sináptica y una mayor disponibilidad de éstas para unirse a los receptores, incrementando así su acción fisiológica. Los efectos producidos son los siguientes:

- Euforia.
- Aumento del estado de alerta.
- Hiperactividad.
- Cambios en los estados de ansiedad.
- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Vasoconstricción.
- Intensa dilatación de la pupila.
- Incremento de las secreciones salivar, gástrica y pancreática, e intensa sudoración.
- Aumento de la presión arterial

EL ALCOHOL

Esta sustancia se obtiene por fermentación (vino, cerveza…) o destilación (ginebra, ron…); se consume por vía oral y su principio activo es el etanol.

El alcohol etílico o etanol es una molécula muy pequeña (CH3CH2OH) derivada de la fermentación de carbohidratos vegetales. Se absorbe a nivel intestinal, se distribuye por todo el cuerpo, se metaboliza en el hígado y un pequeño porcentaje se excreta en la orina sin modificar. En dosis bajas es estimulante, mientras que en dosis más altas se comporta como un sedante.

Es de fácil absorción y algunos de sus efectos iniciales serían la desinhibición y la euforia, aunque estos darían paso a otros, tales como la descoordinación; la afectación de la atención y del rendimiento intelectual; la disminución de los reflejos; la falta de percepción del riesgo; etc.

Los efectos del alcohol tardan al menos cuatro horas en empezar a desaparecer y hay que tener en cuenta que variarán de una persona a otra dependiendo de factores tales como el sexo, el peso, y otros factores que regulan su metabolización. El tiempo de eliminación se prolonga en función de la cantidad ingerida.

Uno de los principales riesgos del alcohol es que se trata de una sustancia de uso legal y normalizado en nuestra sociedad. Esto implica que su consumo se ha convertido en una práctica completamente aceptada por nuestra cultura, a pesar de conocer bien los riesgos asociados al exceso de su consumo.

El consumo continuado de alcohol puede desarrollar fácilmente la tolerancia y su abuso provocar efectos perjudiciales para la salud (este aspecto será tratado de forma más concreta en el capítulo cuarto).

EL COCAETILENO

El consumo combinado de alcohol y cocaína da lugar a que en el hígado se origine un metabolito llamado cocaetileno. Este posee un elevado poder adictivo, debido a que tiene una importante función dopaminérgica que le concede un refuerzo positivo muy intenso.

La mezcla de la cocaína con el alcohol es frecuente entre las personas consumidoras de drogas, ya que mediante ésta consiguen una euforia mayor que la percibida con cualquiera de los fármacos solos, y porque produce sentimientos de menor embriaguez inducida por el alcohol y reduce los efectos negativos después del consumo de cocaína.

Las personas policonsumidoras dejan de tener en cuenta que, mediante la combinación de estas dos sustancias, también se incrementan los riesgos que cada una de estas drogas produce por separado, pudiendose intensificar sus efectos y provocar daños más importantes en el organismo.

Las **consecuencias** del consumo crónico y conjunto de cocaína y alcohol son las siguientes:

- **Sistema neurológico**: isquemia cerebral global y multifocal, hemorragia cerebral, infarto cerebral, neuropatía óptica, atrofia óptica y trastornos de la motilidad.
- **Sistema cardiovascular**: palpitaciones, taquicardia, arritmias (la más frecuente es la fibrilación auricular, pero también se produce fibrilación ventricular, que es la causa más común de muerte súbita asociada al consumo de cocaína), infartos agudos de miocardio, miocarditis, miocardiopatía, y endocarditis.
- **Sistema respiratorio:** sinusitis, osteítis y perforación del tabique nasal (vía intranasal y fumada). En esta última complicación, junto con la inhalación rápida de cristales de cocaína, intervienen la vasoconstricción, hipoxia y anestesia de la mucosa nasal.

La cocaína fumada produce patologías como el edema agudo de pulmón; el síndrome de pulmón por cocaína o "pulmón del crack" (caracterizado por un dolor torácico inespecífico y tos); aumento de cuadros asmáticos y aparición de cuadros de neumotórax, neumomediastino y neuropericardio; y hemorragia pulmonar.

- **Sistema digestivo**: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarreas y aunque más raras también se dan complicaciones de origen isquémico que producen úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación.
- **Sistema visual:** midriasis, vasoconstricción conjuntival y nistagmus vertical.
- **Sistema neuroendocrino:** disminución de la concentración de dopamina en el sistema tuberoinfundibular, lo cual produce un aumento de la secreción de prolactina (que está normalmente inhibida por la dopamina). Ello conlleva la aparición de galactorrea en varones y mujeres no gestantes.

  La disminución de la concentración de dopamina también afecta al hipotálamo, que se manifiesta en una pérdida de la regulación adecuada de control de la temperatura corporal por parte de esta estructura lo cual resulta en hipertermia.

Por otro lado, como consecuencia de la afectación de otros sistemas hormonales, también se han descrito en varones ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido.

- Así mismo, se aprecian **alteraciones cognitivas y afectivas**, ya que se el consumo de ambas sustancias produce un progresivo deterioro cognitivo y trastornos de humor en las personas consumidoras. La combinación de estas dos drogas puede hacer aflorar la aparición de comportamientos violentos, así como depresión, irritabilidad… entre las personas consumidoras.

A modo de conclusión, se puede decir que el policonsumo de sustancias y, en este caso, el uso combinado de alcohol y cocaína, ocasiona entre las y los consumidores unos efectos nocivos en el organismo mucho más elevados que los ocasionados al consumir estas dos drogas por separado. Dichos efectos, se producen tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual. Además de dependencia física y psíquica, tolerancia, adicción y un aumento de la frecuencia de las recaídas.

- La coincidencia de alcohol y cocaína en el hígado da lugar a cocaetileno, un estimulante también potente y con una vida media 2 ó 3 veces más larga que la de la cocaína.
- La combinación aumenta los niveles sanguíneos de cocaína hasta en un 30%.
- La combinación de alcohol tiene efectos acumulativos sobre la frecuencia cardiaca.
- El cocaetileno aumenta el riesgo de cardiotoxicidad inducida por la cocaína o el alcohol solo y se asocia a más efectos secundarios y a mayor mortalidad. También produce deterioro cognitivo, trastornos de humor, así como un incremento de comportamientos agresivos.

Fuente: Patricia Robledo, 2010.

© DepositPhotos/ Pakhnyushchyy

4. Abordajes de la intervención desde la prevención y la atención y el tratamiento.

El consumo combinado de alcohol y cocaína está en auge en ciertos sectores y contextos de la población juvenil.

Algunas personas jóvenes, relacionan el consumo de drogas con la diversión, con los fines de semana y con espacios de ocio nocturno.

Se trata de un tipo de consumo que se realiza con el grupo y del que se tiene una escasa percepción del riesgo que implica combinar el alcohol y la cocaína, tanto a corto como a largo plazo.

La mezcla de estas dos sustancias está generando un aumento en el número de urgencias hospitalarias y una mayor demanda de nuevos tipos de tratamiento. En los centros de deshabituación, se han incrementado, por parte del colectivo juvenil, el número de solicitudes de tratamiento para este tipo de adicción.

En este capítulo se revisan los diferentes abordajes de intervención existentes en lo que respecta a prevención, atención y tratamiento de los consumos problemáticos de alcohol y cocaína entre los y las jóvenes.

4. Abordajes de la intervención desde la prevención y la atención y el tratamiento.

En este capítulo se presenta una panorámica general de las respuestas más habituales a los problemas relacionados con las drogas.

En la primera parte, se revisan distintos modelos de prevención dirigidos a la adolescencia y juventud, seguidos de las intervenciones de tratamiento y la reducción de daños.

La prevención en el ámbito de las drogodependencias articula diferentes niveles y estrategias, desde la prevención universal, dirigida a la población en su conjunto, a la específica, dirigida a los colectivos de riesgo. Para la consecución de objetivos satisfactorios hay que tener en cuenta que todas estas modalidades han de complementarse.

Con relación a la solicitud de tratamiento en centros, en los últimos años ha aumentado el número de demandas. Son diversos los motivos que han contribuido a ello, pero entre ellos está la mayor disponibilidad y diversificación de los tratamientos especializados.

Las modalidades de tratamiento de los problemas relacionados con las drogas consisten básicamente en intervenciones de tipo psicosocial, tratamientos con terapias sustitutivas y desintoxicaciones.

La reinserción social constituye un elemento central en los procesos de recuperación de la persona adicta. Incluye el desarrollo de capacidades, mejora de habilidades para favorecer la integración completa a nivel social.

Todas estas actuaciones conforman un sistema integral de reducción de la demanda de drogas y son complementarias, recomendándose su aplicación de forma combinada.

4.1. La prevención.

4.1.1. Prevención y tipos de prevención.

Prevención significa anticiparse a que algo suceda, o conocer con anticipación un daño y actuar para evitar o reducir este.

Según el diccionario de La Real Academia de la Lengua Española, se entiende por prevención: "preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo". (RALE, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS: 1998), cuando define el concepto de prevención hace referencia al conjunto de "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas".

Este concepto en el ámbito de las drogas, se utiliza para referirnos al conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas, para reducir la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el consumo de estas sustancias.

A través de acciones preventivas se intenta que la juventud aprenda a identificar los problemas, a considerar las alternativas que existen para resolverlos, a sopesar las consecuencias de cada una de ellas y a ser capaces de diseñar un plan de acción sin necesidad de recurrir a alternativas no saludables.

Raquel Díez (2010), destaca los **objetivos** que deben estar presentes en todas las acciones preventivas que se realicen:

- **Educar** para que las personas tengan conocimiento de las consecuencias del consumo de sustancias y de cómo enfrentarse a ellas de forma responsable.
- **Retrasar** la edad de inicio del consumo de sustancias en la medida de lo posible.
- **Modificar** condiciones del entorno socio-cultural que favorecen el aprendizaje del uso de drogas.
- **Intervenir** en las causas del malestar individual, bien modificando aquello que lo produce, bien ayudando a la juventud a superarlo.
- **Ofertar** alternativas de vida saludable.

Existen diferentes niveles, tipos y modelos de prevención, entre los que podemos encontrar los siguientes niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Tradicionalmente se han utilizado los tres niveles de intervención en prevención definidos por Caplan (1985), mediante los cuales se realizan actuaciones de una manera integral y complementaria:

- **Prevención primaria**: destinada a la población que no consume o de riesgo. Se basa en la promoción, protección y educación para la salud.
- **Prevención secundaria**: tiene como objetivo identificar los consumos iniciales e intervenir para evitar sus consecuencias.
- **Prevención terciaria**: se centra en el tratamiento y la rehabilitación de las personas que tienen una dependencia a las drogas.

Estos niveles de prevención, se basan de forma importante en los aspectos biológicos y no tienen muy en cuenta que el consumo de drogas no se inicia siendo un trastorno biológico, sino que más bien comienza siendo una conducta de riesgo que puede convertirse o no en una adicción con las consecuencias bio-psico-sociales que ésta ocasiona en la persona.

A la hora de tratar la prevención de conductas de riesgo en referencia a las drogas, es primordial conocer cuáles son los factores de riesgo y de protección que influyen en la relación que la persona establece con las drogas.

En consecuencia, es necesario basarnos en un modelo de prevención que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

→ Factores de riesgo y de protección.

→ Características propias del consumo de drogas.

→ Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo.

Por todo ello, el modelo de Caplan ha sido sustituido por otros posteriores que han dado más peso a los aspectos mencionados.

Gordon (1987) propuso un modelo de prevención en el que contemplaba los niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.

- **Prevención universal**:

Va dirigida a toda la población y plantea como objetivos: prevenir el inicio del consumo, retrasar la edad de inicio y disminuir la prevalencia del consumo de drogas.

Mediante este tipo de prevención además de detener el inicio, se ofrece información y se trata de fomentar entre la juventud la adquisición de las habilidades necesarias para prevenir el problema.

Se realizan actuaciones preventivas en las que se considera que toda la población comparte el mismo nivel de riesgo.

Estas actuaciones, pueden llevarse a cabo desde diferentes ámbitos de intervención, como es el educativo, laboral, comunitario etc.

- **Prevención selectiva**:

Destinada a subgrupos de la población que están expuestos a más factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas que la población en general.

Las y los destinatarios de este tipo de prevención se inician en el consumo de drogas relacionado con factores de riesgo biológico, psicológico, ambiental y social.

Plantea como objetivos prevenir y retrasar el consumo, así como prevenir algunos problemas que pueden derivarse (peleas, sobredosis, accidentes de tráfico...).

Las actuaciones están centradas en los estilos de vida y los aspectos cotidianos de cada grupo.

- **Prevención indicada**:

Se dirige a personas que presentan signos de problemas asociados a unos consumos abusivos de drogas, sin llegar a la dependencia.

Las actuaciones preventivas en este nivel tienen como objetivo detener el consumo esporádico o abusivo, están enfocadas principalmente en la modificación de los factores de riesgo.

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2000- 2008** destacaba como prioritarios los siguientes ámbitos de intervención: escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

- **Escolar**: este tipo de prevención es la que se realiza en los centros educativos.

- **Familiar**: el primer contexto de socialización de la persona es la familia. Es importante que se establezcan modelos adecuados para lograr una prevención eficaz. Prevenir desde la familia un posible problema de consumo, supone que los padres y las madres dispongan de herramientas educativas adecuadas para transmitir a sus hijos e hijas una serie de valores, conocimientos y actitudes que les sean útiles para afrontar la oferta de drogas.

- **Laboral**: se realiza en el lugar de trabajo y tiene como objetivo incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo, identificando aquellos que son específicos del trabajo.

- **Comunitario**: es la prevención realizada desde la comunidad. Mediante ésta se trata de propiciar capacidades a la comunidad, para llevar a cabo actividades de prevención y servicios de tratamiento.

- **De la comunicación social**: los medios de comunicación tienen un papel relevante en la vida de las personas, ya que además de ofrecer información, generan corrientes de opinión y pautas de comportamiento. En referencia a los temas relacionados con las drogas, los medios de comunicación, también pueden convertirse en una herramienta de prevención si difunden esa información de manera responsable y priorizan la labor preventiva antes que los índices de audiencia.

Gráfico 4.1. Ámbitos de prevención.

Elaboración propia.

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009- 2016**, además de contar con estos ámbitos de intervención en los que se viene trabajando de manera intensa desde hace años, cree necesario reforzar el trabajo en aquellos contextos que han recibido una menor atención y que son los siguientes:

- Los **medios de comunicación**: aunque ya fueron tratados anteriormente, la Estrategia Nacional sobre Drogas actual considera conveniente potenciar el desarrollo del trabajo conjunto entre los responsables del Plan Nacional Sobre Drogas y las personas profesionales y representantes cualificadas de los medios de comunicación para consensuar una serie de recomendaciones sobre el abordaje informativo de los temas relacionados con las drogas, sus condicionantes, su impacto y la evidencia de efectividad de las distintas opciones preventivas y asistenciales.

- **Sistemas educativo, sanitario y social**: para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación del sistema educativo, de los servicios sociales y sanitarios y, especialmente, del conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en el ámbito de la atención primaria. Su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible.

- **Industria del ocio y del entretenimiento**: la oferta comercial de opciones de ocupación del ocio y el tiempo libre se ha convertido en una de las industrias más potentes de las sociedades desarrolladas. A fin de incrementar la percepción del riesgo, así como promover la adopción de alternativas personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos y reducir los daños derivados de los consumos en contextos recreativos, es fundamental que las Administraciones Públicas promuevan la implicación de empresarios y empresarias y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo, así como la formación necesaria del personal laboral que trabaja en dicho sector económico.

- **Seguridad vial y ciudadana**: las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como aquellos otros que trabajan en los ámbitos territoriales autonómico y local, también tienen una función preventiva importante, tanto en el trabajo de velar por el cumplimiento del marco legal existente en aspectos de protección, regulación y control, como en el de contribuir a difundir las regulaciones existentes y las razones de convivencia democrática y de protección de la salud que las sustentan. De hecho, los estamentos responsables de la seguridad vial y ciudadana ya desarrollan actividades que inciden de un modo especial en el campo de la prevención. Por ello, tanto desde los órganos centrales de la Administración General del Estado (y muy especialmente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) como desde los Planes Autonómicos, se potenciarán los recursos y oportunidades de formación en el campo preventivo, así como los canales de coordinación y comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para actuaciones de este tipo. De igual modo, desde los Planes Locales se deben llevar a cabo iniciativas en el mismo sentido.

Además de tener en cuenta los niveles y ámbitos en los que ha de realizarse la labor preventiva no se debe olvidar que existen dos modalidades que contienen gran parte de los programas y proyectos referidos a prevención:

- **Prevención inespecífica**: se centra en programas generales de promoción de la salud, el desarrollo personal y social, las alternativas de ocio y tiempo libre y el fomento del asociacionismo. Es inespecífica porque la persona destinataria no es consciente de que se están trabajando con ella las problemáticas relacionadas con el uso de drogas y su prevención.

- **Prevención específica**: son aquellas estrategias en las que la intervención, de forma explícita y directa, recoge la problemática de las drogas, de la cual se hace partícipe a la persona destinataria de la acción.

Todos los modelos y ámbitos mencionados tienen vigencia a la hora de realizar una intervención preventiva. Pero actualmente, hay una importante preocupación por la eficacia y rentabilidad de estas acciones.

Muchas de las campañas realizadas y de los programas de prevención no han sido evaluadas. Este es un proceso necesario para conocer los resultados y poder incidir en las acciones más útiles y eficaces.

Está comprobada la insuficiencia de asociar prevención con información. Tras muchas intervenciones en el ámbito preventivo, hay que tomar en consideración los datos empíricamente fundamentados que aportan información sobre la evidencia del problema, las causas y las estrategias que mejor funcionan.

De todo ello, se puede obtener un conocimiento acumulativo sobre enseñanzas y pautas de actuación útiles para lograr las competencias en individuos, grupos y comunidades para crear una cultura de la prevención orientada a la intervención posible y realista para reducir el consumo de drogas.

La prevención basada en la evidencia ha puesto de manifiesto la importancia de simultanear acciones dirigidas al entorno y a la persona.

4.1.2. Prevención del consumo de drogas y educación para la salud con población juvenil.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIó N

Tal y como se ha explicado con anterioridad, existen diferentes tipos de prevención que han ido evolucionando con el paso del tiempo.

En los años ochenta, apareció un nuevo modelo, el multidimensional, más acorde con las necesidades del momento, creado a partir del enfoque que proporcionaba la Salud Pública.

El **modelo multidimensional,** también denominado bio-psico-social, aborda la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona.

Este enfoque es la base actual de los programas de educación para la salud y, por ende, de los programas de actuación sobre drogas (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006).

Este modelo, aplicado al ámbito de las drogodependencias, identifica tres objetivos de la prevención: las drogas, las personas y el entorno. A partir de ellos, surgieron una serie de **estrategias** utilizadas para la prevención de las drogodependencias (Sherri: 1986):

- **Estrategias de influencia**: dirigidas a ampliar los conocimientos y cambiar las formas de actuar y los puntos de vista que a nivel general se tienen de las drogas, mediante el uso de campañas publicitarias, informativas, etc.

- **Estrategias de desarrollo de competencias**: tienen el objetivo de fomentar y ayudar a la creación de habilidades destinadas a hacer frente a diferentes situaciones que se den en la vida cotidiana.

- **Estrategias de protección y control**: se trata de medidas básicamente normativas ideadas y creadas con la intención de provocar un descenso en el consumo y la demanda de sustancias.

- **Estrategias de modificación medioambiental**: son aquellas estrategias que pretenden modificar el entorno para que éste no favorezca el consumo de drogas

Desde una **perspectiva operacional**, dichas estrategias incluyen:

- Intervenciones encaminadas a la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas capaces de crear dependencia o adicción y problemas de carácter individual o social (ya sea a través de su uso o abuso).

- Intervenciones encaminadas a reducir los daños individuales o sociales relacionados con las drogas. Estos daños pueden estar vinculados al uso de drogas, a su uso inadecuado o indebido o relacionado con factores que interactúan con el uso de drogas como pueden ser, entre otros, la desestructuración familiar, la emigración, un grado de socialización inadecuado, problemática psicopatológica, etc.

Dicho modelo multidimensional surgió a partir de algunos enfoques ya existentes en el ámbito de la prevención de las drogodependencias. Estos enfoques serían los siguientes (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006):

- El enfoque **Ético-Jurídico**:

→ Se limita la oferta.

→ Se controla el tráfico.

→ Se discrimina entre unas drogas y otras.

→ Se definen conductas atentatorias contra el orden social.

→ Se legisla entre sustancias legales e ilegales.

→ La persona drogodependiente es vista como delincuente.

- El enfoque **Médico-Sanitario**:

→ Efecto de la sustancia sobre la persona.

→ No distingue entre drogas legales e ilegales.

→ La persona drogodependiente es vista como una persona enferma.

- **El enfoque Sociocultural**:

→ Aspectos indeseables de la organización social.

→ Desigualdades sociales.

→ Diferencias de roles sociales.

→ Cuotas de poder mal repartidas.

→ La persona drogodependiente es vista como víctima.

- **El enfoque Psicosocial**:

→ La persona es responsable de su proceso.

→ La sustancia tiene significado y función para la persona.

→ Papel importante de las agencias de socialización.

→ La persona drogodependiente es vista como corresponsable.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIó N

Muchas son las preguntas que se han ido formulando a lo largo de las múltiples investigaciones que se han realizado sobre el consumo de drogas, pero una de las más importantes hace referencia a los motivos por los cuales algunas personas llegan a consumir una sustancia y otras no, así como por qué unas no superan su adicción y otras lo pueden abandonar sin problemas.

Se ha visto que determinados factores influyen en el individuo a nivel ambiental e individual y lo hacen más vulnerable al consumo de sustancias; en cambio hay otros que lo protegen y lo hacen menos susceptible a éste. Los primeros son denominados factores de riesgo y los segundos factores de protección.

El hecho de que en algunos casos se den en una misma persona alguno o varios factores de riesgo o de protección, no significa que ésta acabe consumiendo drogas con total seguridad o que, por el contrario, no lo vaya a hacer nunca. Simplemente a mayor presencia de factores de riesgo o de protección, aumentarán o disminuirán las probabilidades de un consumo de drogas.

Los factores de riesgo y los factores de protección se pueden encontrar en la juventud a diferentes niveles: individual, familiar, escolar, social, etc.

Factores de riesgo:

Tal y como aparece en la *Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor*, del Plan Nacional Sobre Drogas (2006), un **factor de riesgo** es un atributo o característica individual, situacional o relacionada con el contexto que incrementa la probabilidad de uso o abuso de sustancias. Existen dos tipos: **ambientales** e **individuales**.

- **Ambientales**: Se encuentran en el entorno de la persona. Destacaremos los siguientes:

  → **Dificultades sociales y económicas**: se refiere a aquellas comunidades que tienen que enfrentarse diariamente a situaciones de desventaja social, como son, por ejemplo, la extrema pobreza, el tráfico de drogas y/o la delincuencia en el barrio, suponiendo esto un mayor riesgo para ellas de presentar conductas antisociales.

  → **Disponibilidad y accesibilidad a la sustancia***:* se ha ido constatando que cuanta más accesibilidad y disponibilidad a las sustancias, mayor es el consumo que se hace de éstas. Un claro ejemplo es el de las denominadas drogas legales (el tabaco y el alcohol) cuyos

porcentajes de consumo, comparadas con el resto de sustancias, son más elevados.

→ **Baja percepción social del riesgo***:* cuanto menor sea la percepción del riesgo por el uso de las drogas, mayor será la probabilidad de que se llegue a consumir.

→ **Existencia de normas y leyes en la sociedad favorables al consumo***:* a partir de numerosos estudios se ha podido constatar que cuando existen normas que abogan por la prohibición del consumo de sustancias, éstas se convierten en un factor de protección para las personas. Y si por el contrario no se ha creado ninguna norma o ley, el riesgo de consumo aumenta y dicha ausencia se convierte en un factor de riesgo para el individuo.

→ **Actitud de la sociedad hacia las drogas***:* la aceptación del uso de drogas a nivel social puede favorecer el consumo de éstas y ayudar a disminuir la percepción del riesgo; en cambio, el rechazo social de dicho uso puede convertirse en un factor de protección.

- **Individuales**: son propios de la persona. Destacaremos los siguientes:

→ **Historia familiar de consumo y/o actitudes y conductas favorables a su uso por parte de los padres y madres**: el hecho de que los padres y madres consuman drogas puede facilitar el acceso a ellas por parte de los hijos e hijas, además de disminuir la percepción del riesgo y el control familiar. En el caso de que los padres y madres tengan actitudes y conductas favorables al uso de sustancias, también aumenta la probabilidad de que sus hijos e hijas las lleguen a consumir, ya que será más difícil que se creen normas y límites referentes a ellas.

→ **Conflictos familiares y escasez de vínculos afectivos***:* situaciones de grandes conflictos a nivel familiar, la falta de afecto y/o de apoyo hacia los hijos y las hijas y la baja implicación por parte del padre o de la madre, pueden ser factores que lleven a la juventud a desarrollar problemas de conducta y aumentar el riesgo de posibles consumos.

→ **Pautas educativas**: factores como la ausencia de normas y límites en el hogar, la falta de diálogo en la familia, la creación de expectativas muy altas o incluso inalcanzables respecto a lo que se espera de los hijos e hijas, un estilo educativo demasiado permisivo o autoritario etc., son factores de riesgo del consumo de drogas en la juventud.

→ **Fracaso escolar**: experimentar fracaso escolar puede llegar a provocar desvinculación social en algunos casos, y la falta de vínculos, llevar a la búsqueda de un grupo de iguales y a la manifestación de conductas problemáticas.

→ **Búsqueda de sensaciones**: algunas personas jóvenes tienen tendencia a buscar el placer constante y necesitan experimentar sensaciones que conllevan riesgos, por el simple deseo de disfrutar de dichas experiencias. Se trata de personas jóvenes que viven el presente, buscan la inmediatez y acostumbran a dar más importancia a valores personales que a los sociales, familiares, etc. Estas características las hacen más vulnerables al consumo de sustancias.

→ **Baja autoestima y falta de seguridad**: cuando los chicos y las chicas disponen de baja autoestima y falta de seguridad en sí mismos o mismas, tienden a no confiar en sus propias habilidades y es más difícil que puedan hacer frente a la presión de grupo, con lo cual se crea una situación más favorable a la experimentación con sustancias.

→ **Inicio temprano en el uso de drogas**: hay una tendencia a relacionar el uso temprano del consumo de drogas, con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de dependencia.

Factores de protección:

Un **factor de protección** es “un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas” (Plan Nacional sobre Drogas, 2006, p. 13).

Hay varios tipos de factores de protección y están relacionados con diferentes ámbitos: escolar, familiar, individual, social, etc. A continuación se van a destacar algunos de los que pueden ayudar a la juventud a evitar el consumo de drogas:

- **Establecer normas y límites claros, y supervisar su cumplimiento**: tal y como se comentó en el capítulo tres, la creación de normas y límites claros y razonables se considera un factor de protección para el consumo de sustancias, tanto a nivel social como familiar, sobre todo si estos no alientan a la juventud al consumo de sustancias.

- **Evitar actitudes demasiado autoritarias o permisivas**: el uso de estilos educativos demasiado permisivos o autoritarios es un factor de riesgo del consumo de drogas, pero si esto se evita se estará reforzando a la juventud de forma positiva, protegiéndola de posibles consumos de sustancias.

- **Reforzar la autoestima y las habilidades individuales**: cuando los chicos y las chicas presentan un óptimo nivel de autoestima y un alto autoconcepto de sí mismos y mismas, es más difícil que se dejen llevar por la presión de grupo, ya que confiarán en sus habilidades individuales, se querrán, mostrarán más seguridad en sus acciones y reconocerán sus virtudes y defectos.

- **Potenciar el diálogo**: tal y como se explicó en el capítulo tres, si en la familia existe una buena comunicación entre sus diferentes miembros y todas las opiniones son escuchadas, es más fácil que los chicos y chicas hablen de sus inquietudes, de sus temores, y que sientan que los padres y las madres estarán a su lado en cualquier momento. Lo mismo ocurre fuera del ámbito familiar.

- **Reconocer los esfuerzos y valorar los progresos**: muchas veces se tiende a criticar exclusivamente a actitudes y comportamientos que no son de nuestro agrado, dejando de lado aquellos que son positivos, como si no fuesen igualmente importantes. Para reforzar la autoestima de las personas jóvenes y hacerlas más fuertes ante la presión de grupo y el uso de drogas, es conveniente reconocer los esfuerzos que realizan, así como valorar sus progresos.

- **Transmitir valores**: tal y como se comentó en el capítulo tres, la transmisión de valores no basados en la individualidad y en el consumismo exacerbado es un factor de protección del consumo de drogas. El objetivo es que los y las jóvenes desarrollen sus propios recursos para que les ayuden a reconocer qué es perjudicial qué tienen que hacer para evitarlo.

- **Ayudar a que se ocupe el tiempo libre de forma adecuada**: es importante que la juventud aprenda a ocupar su tiempo libre en aficiones saludables que permitan aprender valores y habilidades sociales con personas de su misma edad.

Según Raquel Díez (2010), los factores de protección se estructuran en los siguientes ámbitos:

- **Ámbito afectivo**:

→ Autoestima.

→ Capacidad de autoexpresión emocional.

→ Capacidad de empatía.

- **Ámbito intelectual**:

→ Autocontrol.

→ Actitudes positivas hacia la salud.

→ Mantenimiento de actitudes adecuadas hacia las drogas.

→ Habilidades para la toma de decisiones.

- **Ámbito social**:

→ Habilidades para la interacción social.

→ Habilidades de oposición

→ Habilidades de autoafirmación.

EDUCACIó N Y PROMOCIó N DE LA SALUD

Educación para la Salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) definió el concepto de **educación para la salud** como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.

Mediante ésta se incide en la educación de juventud, tratando de fortalecer los facto-

res de protección y de disminuir los factores de riesgo que se relacionan con el consumo de sustancias, realizando acciones que promueven la salud.

Promoción de la Salud:

La **promoción de la salud** constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental.

La Carta de Ottawa (1986) identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

→ promover el activismo por la salud, con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales;

→ facilitar que todas las personas puedan desarrollar su potencial de salud;

→ y mediar a favor de la salud, en el proceso de gestión de los distintos intereses, opuestos, que se dan en la sociedad.

Estas estrategias se desarrollan en cinco áreas de acción prioritarias: establecer una política saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios Sanitarios (Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

Para promocionar la salud es necesario tener en cuenta los entornos en los que vive la juventud: el entorno escolar, el entorno familiar y el entorno comunitario.

■ **Entorno escolar**:

→ A nivel escolar, dentro del eje transversal de educación para la salud, se tienen en cuenta diferentes aspectos, entre ellos destacan:

→ La educación afectiva y sexual.

→ La alimentación e higiene.

→ La salud emocional.

→ Las habilidades sociales.

→ La prevención de riesgos.

Un programa y/ o proyecto eficaz de Promoción y Educación para la Salud debería centrarse en ayudar a la persona a tomar conciencia de sí misma, para conseguir que se sienta bien personalmente y en la relación con otras personas. Todo ello, a la vez que asume el protagonismo de tomar decisiones responsables en relación a su vida y en todo aquello que pueda impactar en la de las demás.

La educación para la salud además de realizarse desde el ámbito de la educación formal también puede y debe ser potenciada desde el ámbito de la educación no formal.

Tanto en un ámbito como en otro, se trata de educar a los chicos y chicas, de promover entre ellos y ellas estilos de vida saludables que les permitan utilizar estrategias y recursos cuando se enfrenten a una situación problemática en la que su salud se vea comprometida.

Para ello, es necesario realizar actuaciones de manera continuada e interdisciplinar mediante las cuales se fomente el diálogo y la reflexión crítica sobre la realidad que les rodea.

Este tipo de prevención no debe basarse sólo en una actividad puntual y dentro del marco de una acción concreta. Debe de existir una continuidad para que éstas sean más efectivas y significativas para el o la joven.

Tanto en la escuela como en el instituto o entidades de tiempo libre juvenil, además de aprender conocimientos, también se adquieren actitudes y habilidades que son necesarias para la vida, que serán imprescindibles para que la juventud pueda hacer

frente a situaciones complicadas, y entre ellas el consumo de drogas.

- **Entorno familiar**:

La familia es el primer agente de socialización de las personas.

Es uno de los principales referentes en la vida y, especialmente durante la etapa de la adolescencia y la juventud cobra una especial importancia.

Dentro del seno de las familias es primordial establecer unos canales de comunicación adecuados, crear y fortalecer los vínculos afectivos, establecer normas, inculcar valores y hábitos saludables.

- **Entorno comunitario**:

El entorno comunitario es otro de los ámbitos desde el que es posible realizar actuaciones y acciones destinadas a promocionar la educación para la salud entre la juventud.

Las intervenciones comunitarias provocan cambios en la comunidad y, la propia comunidad, es agente de su propio cambio. Dichas intervenciones tienen que agrupar las actuaciones realizadas a nivel escolar, laboral, etc.

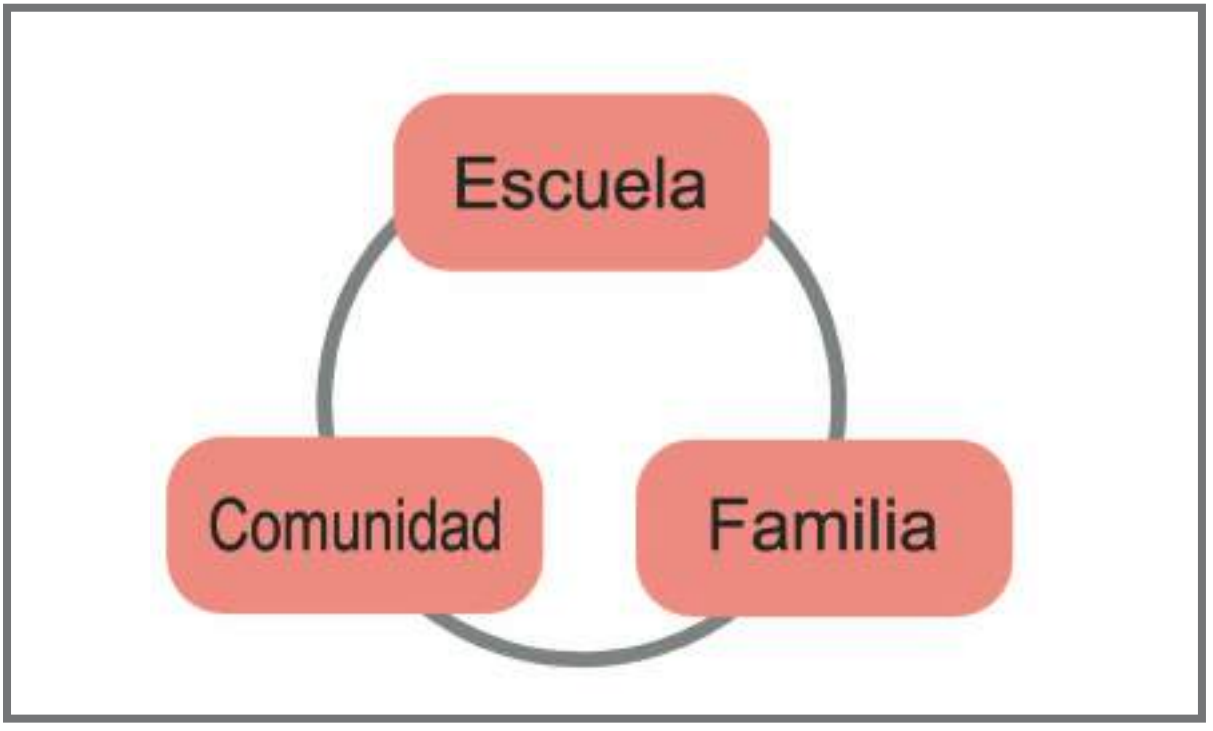
Al intervenir a nivel comunitario, se desarrollan actuaciones que están basadas en la participación de toda la comunidad, destinadas a la desaparición de los factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección.

Aunque a nivel social existe cierto discurso fatalista sobre la juventud actual, en el que se cataloga a los chicos y chicas como personas que sólo se dedican a emborracharse los fines de semana y a vegetar durante los días no festivos, debe quedar constancia de que esto no es así, ya que no sólo existe una juventud, sino muchas juventudes. Un gran número personas jóvenes son responsables, solidarias, tienen hábitos saludables y evitan realizar conductas de riesgo.

Es cierto que parte de la juventud consume drogas, pero a menudo consumen por curiosidad y este tipo de conducta no tiene porqué convertirse en un hábito, ya que si se les ofrecen unos modelos adecuados, se les escucha sin ser juzgados o juzgadas y se les brinda ayuda, así como alternativas saludables, es muy probable que opten por un estilo de vida acorde con éstas.

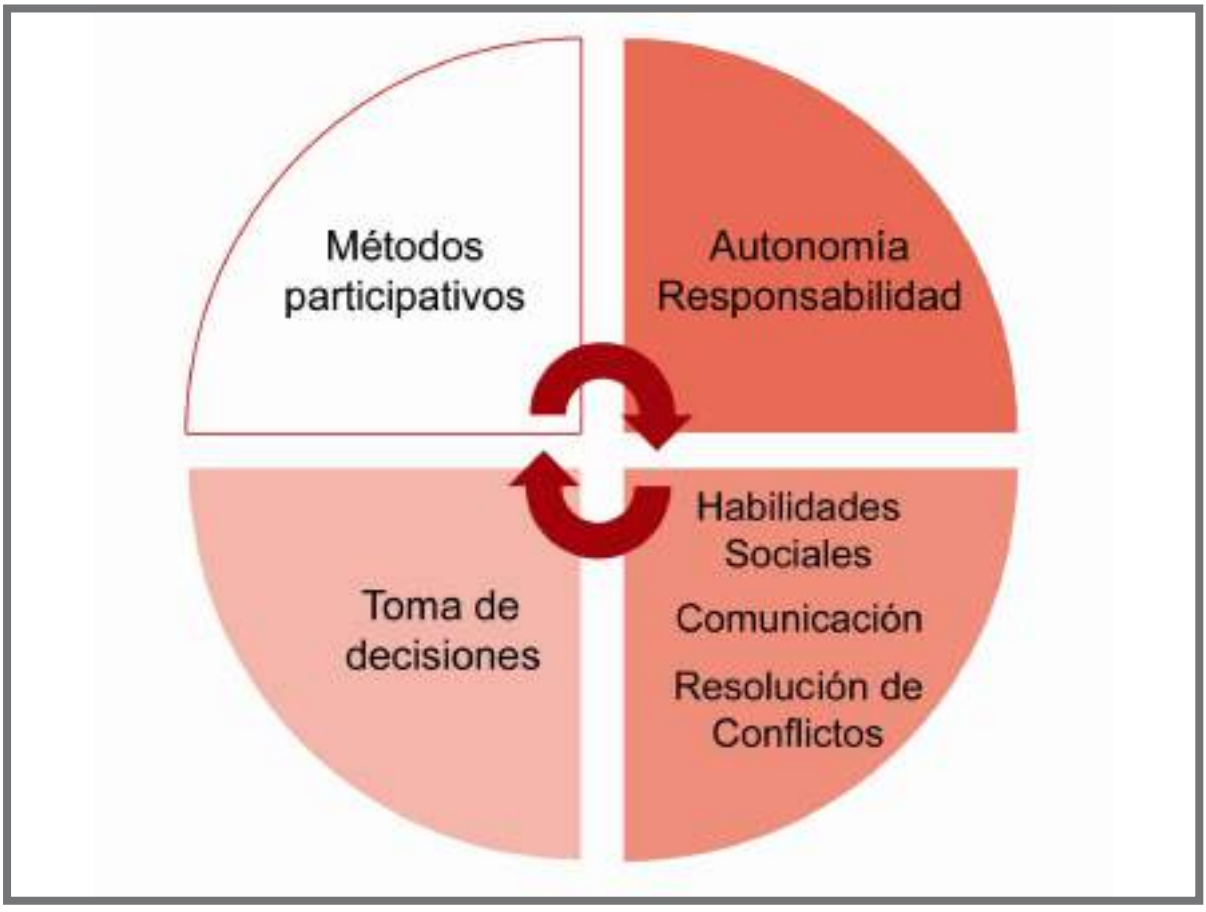
Es posible y primordial realizar la prevención desde los ámbitos de la educación para la salud. Una prevención que esté ba-

Gráfico 4.2. Entornos de promoción y educación para la salud.



Elaboración propia.

Gráfico 4.3. Componentes de Educación para la Salud en el colectivo juvenil.



Elaboración propia.

sada en el fomento de hábitos saludables, que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona, en la que se forme a las personas para que sean autosuficientes y capaces de tomar decisiones y en la que se fomenten los valores y la adquisición de habilidades sociales.

Mediante la educación para la salud se pretende que la persona pueda adquirir los conocimientos, las actitudes y las habilidades sociales necesarias para que sea capaz de adoptar hábitos de vida saludables de una manera autónoma y crítica con el contexto en el que vive.

Algunas de las características que debe reunir un **programa de educación para la salud** para que sea efectivo son:

- Fomentar entre la juventud la participación en su propio aprendizaje.
- Tratar las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.
- Potenciar el desarrollo de las habilidades sociales.
- Respetar las normas y los valores sociales.

La Organización Mundial de la Salud, hace referencia a la importancia que tiene fomentar métodos participativos cuando se realizan acciones de educación para la salud: “Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.” (OMS, 1983).

Se debe de tener en cuenta la importancia que el colectivo juvenil concede a la información obtenida mediante su grupo de iguales, y que el aprendizaje será mucho más significativo si se considera al/a la joven como el/la protagonista del acto educativo y si se utilizan métodos participativos.

Estos métodos participativos tienen que:

- Promover la adquisición de habilidades sociales, la mejora de la comunicación, y la adquisición de estratégicas que per-

mitan resolver los conflictos de una manera adecuada.

- Incidir en la responsabilidad, la autoestima y la toma de decisiones de una manera autónoma y reflexiva.

Dentro de la educación para la salud también se incluyen los **programas de prevención**, que son contemplados como una estrategia importante para promover hábitos de vida saludable y evitar que aparezcan problemas derivados del consumo de sustancias.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN?

"Un programa de prevención es un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí para conseguir impedir la aparición de un problema de drogodependencias, es decir, evitar o retrasar el uso o abuso de las diferentes drogas" (Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 14).

La prevención no debe de realizarse sólo mediante la información, además debe de estar basada en el desarrollo de actitudes, competencias y hábitos de vida saludables.

Los programas de prevención deben tener presente los diferentes factores que influyen en el hecho de que una persona realice conductas de riesgo en relación a las drogas. En estos programas deben constar algunos aspectos, entre los cuales destacamos los siguientes:

- **Cognitivo**: ofrecer información sobre las drogas, así como los beneficios y riesgos de sus consumos.
- **Toma de decisiones**: ayudar a la juventud a tomar decisiones de una manera responsable y crítica, ofreciendo herramientas para que ésta sea capaz de decidir libremente ante situaciones complicadas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales**: potenciar y fomentar las habilidades de comunicación y ofrecer estrategias que permitan a la persona desarrollar y poner en práctica sus competencias sociales.
- **Manejo de las emociones**: enseñar técnicas de control emocional.
- **Ocio alternativo**: ofrecer un ocio saludable.
- **Intervención familiar**: potenciar la comunicación entre los diferentes miembros de la familia, establecer pautas de diálogo, desarrollar estrategias para lograr establecer una serie de límites y normas.

Para que un programa de prevención de drogodependencias sea eficaz, tiene que:

- Tratar las drogas ilegales y las legales.
- Planificar estrategias que reduzcan los factores de riesgo y potencien los factores de protección.
- Adecuarse a la edad y perfil de las personas destinatarias. Es decir, adaptar la información y contenidos en base a las características de la población a la que se dirigen.
- Ofrecer a los chicos y chicas el entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos, con el objetivo de que puedan utilizarlas cuando se vean expuestos al consumo de drogas.
- Diseñar intervenciones preventivas a largo plazo; es decir no basarse en acciones puntuales.
- Utilizar métodos participativos e interactivos.
- Coordinar las acciones preventivas llevadas a cabo desde la escuela, el ámbito familiar y el ámbito comunitario; de esta forma se refuerzan los objetivos y no se dan mensajes contradictorios.

La calidad en la prevención:

Varios autores y autoras(5) consideran que "la calidad en prevención viene dada por el compromiso en la búsqueda y la utilización de programas efectivos, es decir, programas que logren sus objetivos en forma de resultados. Los elementos que dan calidad a un programa de prevención son:

- El conocimiento del problema sobre el que se interviene.
- La adecuación a las necesidades existentes. La utilización de estrategias de intervención que sean coherentes con el problema y las necesidades detectadas (…).

---

(5) VV. AA, 2004, p. 152.

- La movilización de la comunidad.
- La integración del programa en otros esfuerzos preventivos.
- La coherencia entre objetivos, organización y temporalización del programa.
- La previsión de una adecuada implementación.
- La previsión de un sistema de información que garantice una adecuada recogida de datos sobre el funcionamiento y aplicación del programa.
- La evaluación integrada en la intervención preventiva".

4.1.3. Habilidades sociales y para la vida en la prevención.

Existen numerosas definiciones del concepto de habilidades sociales, una de las más aceptadas y con mayor vigencia es la elaborada por Vicente E. Caballo (1986, p. 121): "La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas".

Teniendo en cuenta la anterior definición, podemos decir que las habilidades sociales son un conjunto de conductas, pensamientos y emociones que nos ayudan a mejorar nuestras relaciones interpersonales así como nuestras competencias a nivel social.

Nos permiten conseguir nuestros objetivos adaptándonos a las situaciones, respetando a los demás y resolver los problemas que se nos pueden presentar en la interacción con las personas y el entorno en el que vivimos.

La adquisición de capacidades para la adopción de estilos de vida saludable no depende sólo de la adquisición de información o conocimientos, sino que requiere trabajar con la juventud las habilidades para la vida.

En referencia a éstas, Raquel Díez (2010), destaca la repercusión e importancia que las habilidades sociales tienen no sólo en la calidad de las relaciones que se establecen con otras personas, sino como factor clave en la forma en que se asimilan las normas y los roles sociales.

Las habilidades sociales no son innatas, se aprenden cuando nos relacionamos con las y los demás. A través de la interacción con otras personas adquirimos las habilidades y competencias sociales mediante:

- El aprendizaje por observación.
- El aprendizaje por la experiencia directa.
- El aprendizaje verbal.
- El aprendizaje por el intercambio interpersonal.

Dentro de las habilidades sociales destacamos:

- A nivel **cognitivo y emocional**:

  → La **autoafirmación positiva**:

  – Autoconocimiento: es el conocimiento sobre sí mismo o misma.

  – Autoconcepto: es el concepto que se tiene sobre sí mismo o misma y que se va creando a lo largo de la vida.

  – Autoestima: es la valoración, positiva o negativa, del propio autoconcepto; es decir, la elaboración cognitiva que se desarrolla a partir de la interacción con el medio social.

  → La capacidad para expresar **emociones** y recibirlas.

  → La capacidad para defender los propios **derechos** y las propias **opiniones**.

- A nivel **interacción social**:

  → **Habilidades de comunicación**: son aquellas habilidades que la persona aprende con la práctica y que sirven para expresar emociones, transmitir pensamientos, solicitar ayuda etc.

  → **Resolución de conflictos**: son técnicas para resolver conflictos y/o problemas con un enfoque positivo, valorando todas las alternativas para tomar la decisión más adecuada.

  → **Empatía**: es la capacidad para percibir y comprender los pensamientos y

sentimientos de los y las demás, es decir, la capacidad para ponernos en el lugar de la otra persona. La escasa capacidad de empatía dificulta la interacción social, obstaculiza el desarrollo de actitudes de ayuda y de apoyo interpersonal y, constituye un precursor de las actitudes antisociales.

→ **Asertividad**: es una conducta (verbal y no verbal) mediante la cual la persona expresa sus propios sentimientos y defiende sus derechos sin negar los derechos ajenos. Permite mostrar habilidades de oposición y habilidades de autoafirmación hacia los demás en relación a las metas que la persona pretende conseguir.

Tabla 4.4. Estilos de relación.

ESTILO PASIVO	ESTILO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO
Demasiado poco, demasiado tarde. Demasiado poco, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado, demasiado pronto. Demasiado, demasiado tarde.
Conducta no verbal Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce la manos; tono vacilante o de queja; risitas falsas	Conducta no verbal Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas	Conducta no verbal Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales
Conducta verbal "Quizás, "Supongo", "Me pregunto si podríamos", "Te importaría mucho", "Solamente", "No crees que", "Ehh", "Bueno", "Realmente no es importante", "No te molestes"	Conducta verbal "Pienso", "Siento", "Quiero", "Hagamos", "¿Cómo podemos resolver esto?", "¿Qué piensas?", "¿Qué te parece?"	Conducta verbal "Haría mejor en", "Haz", "Ten cuidado", "Debes estar bromeando", "Si no lo haces", "No sabes", Deberías", "Mal"
Efectos Conflictos personales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta a sí mismo ni gusta a los demás Se siente enfadado	Efectos Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás	Efectos Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado

Fuente: Caballo, 1993, p. 227.

Podríamos decir que la asertividad es el estilo, la manera mediante la cual interactuamos las demás personas de forma competente. Existen tres formas de relacionarnos con otras personas a partir de tres tipos de conductas diferentes: la conducta pasiva, la conducta agresiva y la conducta asertiva.

En la Tabla 4.4., mostrada anteriormente, aparecen las principales diferencias que existen entre los tres tipos de conducta o estilos de relación.

Otro elemento importante a tener en cuenta, es la toma de decisiones reflexivas ya que ésta puede facilitar el éxito en las acciones, logrando personas más competentes, con mayor sentimiento de eficacia, con control sobre su conducta y, consiguientemente, con mayor autoestima.

Las habilidades interpersonales y competencias psicosociales nos permiten adquirir las aptitudes necesarias para desarrollarnos como personas y enfrentarnos de una manera adecuada a los posibles problemas que surjan en nuestro día a día.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) propuso una lista de diez habilidades para la vida, que consideraba importantes para lograr una mejora en:

- El bienestar emocional.
- Las relaciones interpersonales.
- Los estilos de vida saludables.

Las diez habilidades para la vida propuestas por la OMS son las siguientes:

- Conocimiento de sí mismo o misma.
- Comunicación asertiva.
- Toma de decisiones.
- Pensamiento creativo.
- Manejo de emociones y sentimientos.
- Empatía.
- Relaciones interpersonales.
- Resolución de problemas.
- Pensamiento crítico.
- Manejo del estrés.

A través de la adquisición de las habilidades anteriormente citadas, la persona es capaz de realizar comportamientos saludables, en base a su motivación y las actuaciones que realiza en el contexto social y cultural en el que vive.

Cuando tratamos de educar a los chicos y chicas en estilos de vida saludables, estamos así mismo tratando de enseñarles habilidades para que desarrollen la autoestima, la responsabilidad personal, la comunicación, la toma de decisiones, la resistencia a la influencia social, la afirmación de sus derechos, y para que aumenten el conocimiento sobre el uso de drogas y sus consecuencias mediante la adquisición de habilidades para la vida.

4.1.4. Agentes de prevención comunitaria: familia, educadores y mediadores juveniles.

Cuando hablamos de prevención comunitaria nos referimos a “la puesta en marcha de distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación de las distintas instituciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Cuantos más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo” (Becoña, 2002, p. 79).

En la prevención comunitaria (de la que se habló anteriormente), es importante tener en cuenta la participación de las familias, de los mediadores sociales, así como de los y las agentes sociales que realizan acciones preventivas en y con la comunidad.

Mediante las acciones de prevención comunitaria se pretende capacitar a la comunidad para que ésta sea capaz de generar su propia transformación y la de su entorno para que éste sea más saludable.

Para que un programa de prevención comunitaria sea efectivo, es primordial conseguir la participación e implicación de los distintos agentes de la comunidad, así como establecer una buena coordinación y dinamización de los recursos que existen en ella.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

Existen diferentes tipos de estrategias de prevención:

- Las encaminadas a la **reducción de la demanda**, mediante las que se pretende disminuir el consumo de drogas y minimizar los riesgos que el uso de estas sustancias pueda producir entre las personas consumidoras.

- Las encaminadas a la **reducción de la oferta**, mediante las que se crean leyes que prohíben el tráfico y consumo de drogas, así como se pide que se respeten estas normativas.

Algunas de las estrategias para reducir la demanda se basan en:

- La información.
- La formación.
- La creación de alternativas.
- La coordinación.

La **estrategia informativa** ha sido muy utilizada como método de prevención, ya que se pensaba que tan sólo con la transmisión de información sobre el uso, los efectos y las consecuencias negativas de los consumos se podrían conseguir cambios en las conductas de las personas consumidoras.

En la actualidad, aunque la información se valora como un aspecto importante en la prevención, se tiene en cuenta que por sí sólo no es efectiva.

Se contemplan acciones preventivas informativas basadas en la transmisión de una información objetiva sobre las drogas que deben ser adaptadas al perfil de la población destinataria y ser proporcionada por agentes significativos para la juventud.

La forma más eficaz de llegar a adolescentes y jóvenes es a través del boca a boca, del grupo de iguales, en su contexto habitual y con mensajes reales u objetivos, que tengan la única intención de informar y no de generar miedo.

Las **estrategias formativas** pretenden conseguir que las personas mejoren sus recursos personales y habilidades sociales para que sean capaces de afrontar y resolver adecuadamente los momentos en los que se hayan expuesto al uso de drogas.

Dentro de las actuaciones preventivas formativas es importante contemplar, como agentes preventivos, a personas que por su proximidad con los chicos y las chicas sean claves para promover estilos de vida saludables. Entre ellos y ellas se encuentran los/las mediadores/as juveniles, los padres y las madres, asociaciones juveniles, etc.

Las **estrategias de creación de alternativas** se fundamentan en la promoción de actividades de ocio (culturales, deportivas, sociales o lúdicas) en las que no se contempla el uso de drogas.

Se trata de ofrecer a la juventud otros recursos donde puedan satisfacer sus necesidades de ocio a través de medios más beneficiosos para su salud.

Mediante las **estrategias de coordinación** se trata de conseguir la participación y la colaboración de la comunidad, y de todos los agentes sociales implicados en la educación y formación de la juventud.

Una buena coordinación repercutirá en una mejor planificación, facilitará el trabajo en red y permitirá obtener un mejor análisis de la realidad social.

Mediante el trabajo coordinado de todos los y las agentes comunitarios, se facilita la detección de las necesidades preventivas existentes, se optimiza el uso de los recursos propios de la comunidad, y se mejora el diseño de las acciones integrales a nivel preventivo.

Se trata de crear una sinergia en las acciones preventivas a nivel comunitario para unificar criterios, maximizar la obtención de los objetivos y optimizar los recursos.

¿QUÉ ES UN O UNA AGENTE DE PREVENCIÓN?

Agentes de prevención son personas que actúan como mediadoras en un programa,

facilitando la participación de las personas afectadas en actividades que les ayuden a solucionar sus problemas y/o necesidades. Pueden ser profesionales (por ejemplo docentes en un programa escolar) o no profesionales (voluntariado, padres y madres, etc.).

- **La familia**.

Para que la familia actúe como agente preventivo es necesario que dentro de ésta se cree un clima de afecto y seguridad, una buena comunicación, así como que se potencie un desarrollo de la juventud.

La familia ejerce una gran influencia en la vida de los chicos y chicas, transmitiendo modelos y hábitos de vida.

Por otro lado, la familia también es el puente de unión hacia la socialización de la juventud, ya que sirve de base y apoyo cuando ésta se introduce en otros ámbitos de socialización, como son la escuela y el grupo de iguales.

En la **Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2009- 2016**, se destaca la importancia de la familia como agente de prevención, ya que es considerada una de las referencias más sólidas en la adolescencia y, junto con las amistades, uno de los ámbitos más importantes de su vida.

De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.

Debe promoverse, asimismo, el desarrollo transversal de la participación social de las familias, potenciar las redes informales existentes entre éstas, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

La información y los programas y actividades a desarrollar se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de cada familia.

El papel de la familia como agente de salud cobra especial importancia durante la infancia y la adolescencia.

La etapa de transición de la adolescencia a la juventud es una etapa crítica del proceso evolutivo, ya que se producen muchos cambios bruscos, tanto a nivel físico, mental, familiar, escolar…

Estos cambios no son fáciles de afrontar y están condicionados en gran medida por el apoyo que se recibe del entorno social.

La familia es uno de los principales grupos del que la juventud obtendrá el apoyo que necesita, aunque también influirá el que recibida por parte del grupo de iguales, la escuela, etc.

Es primordial la transmisión de valores, normas y actitudes desde la infancia, para que los chicos y chicas puedan desarrollarse de forma libre y autónoma.

Las actuaciones que se realicen desde la infancia facilitarán el trabajo cuando entren en la etapa adolescente y en la juvenil.

Es fundamental crear unas bases para que luego se desarrollen de forma más efectiva acciones preventivas, dirigidas en última instancia a procurar la competencia personal y social del individuo.

- **Educadores, educadoras, mediadores y mediadoras juveniles**.

En la prevención comunitaria también tiene una gran relevancia el papel de los y las profesionales de la educación y la mediación social.

Estos agentes de prevención comunitaria están más próximos a los problemas que existen en la comunidad, y entre ellos al del consumo de drogas.

Tienen como función conocer, dinamizar, sensibilizar y promover la adquisición de hábitos saludables en la comunidad.

Entre los mediadores y mediadoras podemos encontrar: monitores y monitoras de asociaciones juveniles, personas voluntarias que coordinen grupos juveniles, educadores y educadoras sociales, agentes de policía, etc. En definitiva, personas que tienen una formación específica y que están próximos a los entornos propios de la juventud.

Es decir, agente de prevención lo puede ser cualquier persona que tenga un papel activo en la comunidad, que conozca bien las características y necesidades de

ésta, que sea considerada como un modelo a seguir, y que no dude en implicarse para hacer que su comunidad desarrolle al máximo todas sus potencialidades y disminuya los riesgos a los que está expuesta.

Algunas de las características de la mediación social en prevención son:

→ Flexibilidad. Debe adaptarse y ser flexible ante la evolución del contexto social.

→ Continuidad en las intervenciones.

→ Conocer la realidad juvenil.

→ Implicación de agentes de la comunidad.

→ Contemplar métodos de evaluación, ya que así puede conocerse si son eficaces las actuaciones o deben de modificarse.

4.2. La atención y el tratamiento.

4.2.1. Identificación del problema.

Antes de empezar cualquier tratamiento de drogodependencias, hay que asegurarse de que existe realmente consumo de sustancias.

En el caso de las personas jóvenes, es difícil que desde un primer momento se lo comuniquen a sus progenitores; más bien, tenderán a ocultarlo y a dar excusas si perciben que estos sospechan, incluso lo negarán aunque existan pruebas de dicho consumo.

Muchas veces los padres y las madres, inconscientemente, tienden a buscar razones ajenas al uso de drogas para justificar los cambios de comportamiento y actitud de sus hijos e hijas. Otras veces, no son conscientes de que existe un problema de consumo hasta que ya ha pasado un tiempo.

Es muy importante que los padres y las madres observen a sus hijos e hijas y compartan momentos diferentes de su día a día, para que así, les sea más fácil la detección precoz del uso de sustancias en el caso de que éste exista. Cuanto más rápido se descubra, menos riesgos para la salud del joven y de la joven habrá.

Para ayudar a detectar un problema de drogas, existen una serie de indicios que pueden indicar consumo. Sin embargo hay que señalar que no se trata de espiar a los hijos y las hijas, sino de compartir sus vivencias para poder entender qué problemas tienen (incluido el consumo de drogas).

Algunos de estos indicios son los siguientes:

- Cambios físicos (ojos enrojecidos, ojeras, etc.).
- Problemas de sueño.
- Cambios en el aseo personal.
- Falta de apetito o aumento de las ganas de comer.
- Disminución de la comunicación familiar.
- Pérdida de respeto por las normas y límites acordados con los progenitores.
- Cambios bruscos de humor.
- Disminución del rendimiento escolar o incluso absentismo.
- Pérdida de motivación por sus aficiones.
- Propensión al aislamiento y/o aumento de las salidas del domicilio familiar.
- Pérdida de responsabilidad.
- Etc.

Pero es primordial comentar que el hecho de que los padres y las madres observen alguno de estos indicios en sus hijos e hijas, no será una prueba clara y definitiva de que consuman drogas.

Es necesario tener en cuenta que la juventud es un periodo vital en el que se producen una serie de cambios físicos y psíquicos, así como una constante búsqueda de la propia identidad. El grupo de iguales se convierte en su referencia más cercana y las normas y los límites establecidos por los padres y las madres, tienden a ser cuestionados. Y unos ojos rojos pueden no ser la consecuencia de un consumo.

Atender a una persona, supone escucharla, pero también hacer posible que se sienta entendida y comprendida, que perciba que la persona que tiene delante se está poniendo en su lugar.

Esto es especialmente importante cuando hablamos de las citas iniciales de asesoramiento. La acogida que estas personas reciben es muy importante, ya que en función de cómo sean atendidas se producirá una adherencia o un rechazo al tratamiento.

El hecho de entender la drogodependencia como una enfermedad, ayuda a que no se vea a las personas que la padecen como marginadas de la sociedad, alejadas del resto y estigmatizadas. Esta asociación debería facilitar la ayuda sanitaria necesaria, la comprensión por parte de la sociedad de este problema, así como el rápido acceso de estas personas a tratamientos y recursos disponibles. Pero por desgracia, aún queda mucho por conseguir, ya que estas personas siguen lejos de los niveles óptimos de aceptación social deseados.

Existen servicios de atención a las drogodependencias que cumplen exclusivamente una función informativa y orientadora, facilitando recursos disponibles especializados en el ámbito de las drogas a nivel telefónico, vía correo electrónico, etc.

Por otro lado, también hay otro tipo de servicios que pueden orientar y atender directamente a las personas jóvenes que lo solicitan, proporcionando tratamiento si se considera necesario. Tras valorar el caso concreto, se decide si se tratará directamente en ése servicio o si será necesario derivarlo a otro. Esta decisión dependerá de diversos factores, como son: la especialización del servicio, la franja de edad a la que atiende, el tipo de droga usada, etc.

En el caso de que un padre o una madre sospechen del consumo por parte de sus hijos o hijas, pueden dirigirse a centros especializados donde les orientarán y les darán unas pautas a seguir a nivel familiar. También, los y las jóvenes pueden acceder a estos servicios por propia iniciativa, o porque algún familiar o persona amiga se lo han aconsejado, o porque han sido derivados o derivadas por profesionales del ámbito de la salud, de la educación, etc.

4.2.2. Tipos de tratamiento.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (1998) define tratamiento como el proceso que comienza cuando las personas consumidoras de sustancias psicoactivas entran en contacto con servicios de salud o comunitarios y pueden continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar.

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior sobre prevención, el modelo que impera actualmente en el ámbito de las drogodependencias es el Multidimensional o Bio-psico-social.

Desde su aplicación en el tratamiento, se tienen más en cuenta factores de tipo social y psicológico, ya que se ha comprobado que estos tienen gran influencia en las personas que consumen drogas. Pero en la intervención se utilizan los tres tipos de factores.

De cara al tratamiento hay que tener en cuenta los distintos elementos implicados que afectan a la intervención:

- Las sustancias consumidas que, por sus características farmacológicas, producen efectos concretos.
- La estructura de personalidad previa o posterior al abuso de drogas de las personas adictas.
- El entorno inmediato con el que interactúa la persona drogodependiente: familia, compañeros y compañeras, amistades, etc., sin olvidar los factores políticos, culturales y económicos.
- El grado de responsabilidad atribuible a la persona drogodependiente, que lleva al carácter voluntario del tratamiento o a la exigencia de recibir éste como responsabilidad que atañe al profesional.

El tratamiento se hace indispensable cuando las drogas organizan la vida de las personas que las consumen, las absorben de tal manera, que todo gira alrededor de las sustancias y repercuten negativamente en las actividades cotidianas: trabajo, estudios, relaciones interpersonales, etc.

Para poder empezar un tratamiento es necesario ser consciente de que existe un problema que está afectando a la vida personal y, para que esta situación cambie y mejore, es necesario recibir ayuda externa.

Para que un tratamiento sea efectivo (NIDA, 2001), hacen falta una serie de principios:

- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente lo relativo al uso de drogas.
- El plan de tratamiento debe ser continuamente evaluado y modificado para asegurar que está acorde con los cambios en las necesidades que tiene la persona.
- Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que la persona en tratamiento lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
- Para muchos y muchas pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
- En el caso de personas con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
- La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH y Sida, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los y las pacientes a modificar o cambiar aquellos de riesgo de infección.
- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples intentos de tratamientos.

En función de cada caso, se diseña un tipo de tratamiento adecuado y se designan los recursos que van a ser necesarios para llevarlo a cabo.

Existen varios **tipos de tratamiento**, entre los que se destacan principalmente:

- **Programas Libres de Drogas**: su principal objetivo es conseguir la abstinencia total de la persona drogodependiente. En el caso de que la juventud tenga un problema con el alcohol y la cocaína, el objetivo será conseguir que dejen de usar dichas sustancias por completo.
- **Programas de Reducción de Riesgos y de Daños**: su fin no es que las personas, y en este caso la juventud, abandonen el consumo de drogas, sino mejorar su calidad de vida reduciendo los riesgos y los daños que se ocasionan a raíz del consumo (ver capítulo 4.3 de la presente guía).

En cuanto a las **fases** del tratamiento, estas dependerán del tipo de intervención que se realice. Por ejemplo, en el caso de los programas Libres de Drogas, las fases serían las siguientes:

- **Acogida**: como se ha comentado anteriormente, una buena o mala acogida, puede provocar la adherencia o el rechazo de la persona joven al tratamiento. Hay que tener en cuenta que las personas jóvenes raras veces acuden al tratamiento por motivación propia. Normalmente obedecen a presiones o exigencias de tipo externo por lo que este es un aspecto importante y estratégico a trabajar.
- **Valoración del caso**: sirve para estudiar el tipo y nivel de consumo, así como las características y recursos de la persona joven, para poder decidir qué tipo de tratamiento y recursos son los más adecuados.
- **Desintoxicación**: esta fase tiene como finalidad hacer frente a la dependencia física (conjunto de síntomas que apare-

ce cuando se disminuye o cesa el consumo de sustancias) y su duración dependerá del tipo de sustancia y del nivel de dependencia.

- **Deshabituación**: su objetivo básico es superar la dependencia psíquica que tiene la persona joven, siendo una herramienta esencial para ello la terapia psicológica.

- **Reinserción**: cuando la persona ha aprendido a vivir sin las drogas, ya está preparada para volver a insertarse en el entorno laboral, educativo, familiar, social, etc. El objetivo en esta fase es ayudar y acompañar a los y las pacientes con problemas de drogas a llevar a cabo este paso.

- **Seguimiento**: Para poder valorar si el programa ha tenido éxito, es necesario realizar un seguimiento que se hará en función de las necesidades y características de cada caso concreto. Además, de comprobar el éxito o no del programa, el seguimiento permite introducir cambios para asegurar que evolución de la persona se mantenga a lo largo del tiempo.

4.2.3. Tratamiento de adicción al alcohol.

En referencia al consumo de alcohol existen una serie de conceptos que son convenientes recordar antes de hablar de la adicción a esta sustancia.

Miguel Ángel Torres (2010), los concreta de la siguiente forma:

- Consumo de riesgo: forma de consumo en el que la persona puede sufrir consecuencias adversas: médicas, psiquiátricas, familiares, sociales, etc. por el consumo de bebidas alcohólicas.

- Si ya se han producido las consecuencias, se habla de consumo perjudicial.

Si además de dichas consecuencias, el consumo de alcohol se convierte en una conducta adictiva, podemos definirlo como dependencia de alcohol o alcoholismo.

Cuando un o una joven tiene dificultad para controlar el consumo de alcohol hasta el punto de que se ha generado una adicción a esta sustancia, es probable que ante la interrupción de la ingesta de alcohol aparezca el síndrome de dependencia.

El síndrome de dependencia del alcohol se manifiesta a través de alteraciones fisiológicas, psicológicas y conductuales. Durante esta fase, la prioridad de la persona dependiente pasa a ser el alcohol.

- **Síntomas**:

→ Deseo intenso de beber alcohol.

→ Dificultad para mantener el control sobre el consumo de alcohol.

- **Recomendaciones generales durante el tratamiento**:

→ Abarcar todas las dimensiones de la persona. No focalizarlo sólo en la relación que mantiene con las drogas.

→ Adecuar el tratamiento a las características y necesidades de la persona, así como a la evolución que experimentará durante el tratamiento.

→ Intentar que el tratamiento se realice durante un periodo de tiempo adecuado para que éste pueda llegar a ser efectivo.

→ Conseguir la desintoxicación de la sustancia, pero sin olvidar que se trata solo del primer paso del tratamiento y que debe combinarse con otras actuaciones, (entrenamiento en habilidades sociales, terapias grupales, etc.) que ayuden a cambiar las conductas y a optar por hábitos de vida más saludables.

→ Utilizar técnicas como la terapia individual y de grupo.

→ Combinar las terapias psicosociales con terapias farmacológicas para obtener mejores resultados.

→ Tener en cuenta que la recuperación es un largo camino.

Miguel Ángel Torres señala cuatro aspectos que se deben tener presentes al realizar la intervención en este tipo de casos y son las siguientes: objetivos de la intervención, estadio de cambio en el que se encuentra la persona adicta, la entrevista motivacional e indicaciones en el tratamiento de desintoxicación.

■ **Objetivos de la intervención:**

→ Lograr un periodo de abstinencia inicial.

→ Establecer un límite en el consumo de alcohol con la persona en tratamiento.

→ Hacer autoregistros del consumo de alcohol.

→ Aprender a modificar las pautas de consumo.

■ **Estadios del cambio**:

Cuando una persona tiene que realizar un cambio en alguna de sus conductas y estilos de vida, según Prochaska et al (1994) pasa por diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y remisión estable.

→ **Precontemplación**: Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.

→ **Contemplación**: Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso de cambio. Las personas que se encuentran en esta fase son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con las personas contempladoras.

→ **Preparación**: En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se deja en un mes. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

→ **Acción**: La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.

→ **Mantenimiento del cambio**: Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al analizar esta etapa -tras 6 meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Cuando se realiza un tratamiento de deshabituación, es importante determinar en qué etapa se halla el joven o la joven para poder adecuar las actuaciones a sus propias características y en el caso de que sea necesario, utilizar estrategias de motivación para el cambio.

■ **La entrevista motivacional**:

Mediante esta técnica se explora cuales son las motivaciones y actitudes de la persona joven para ver en qué etapa se encuentra. Una vez realizado esto, se trata de ayudarla para que realice un cambio de estadio, y que de manera autónoma pueda generar cambios en los consumos de alcohol y optar por estilos de vida saludables.

■ **Tratamiento de desintoxicación**:

En el caso de las personas jóvenes que dependen del alcohol, conviene tener presente:

→ Proceder a la retirada total del alcohol, con ayuda de fármacos, para evitar el síndrome de abstinencia alcohólica.

→ El tratamiento de desintoxicación debe realizarse siempre, tratando de disminuir el sufrimiento y previniendo las complicaciones.

→ La desintoxicación debe ir seguida de un proceso de deshabituación, para ello se contará tanto con intervenciones farmacológicas como con intervenciones de corte psicosocial.

→ Evitar síntomas de abstinencia, prevenir las complicaciones, facilitar la participación de la persona joven en programas de deshabituación y rehabilitación.

→ Ofrecer una terapia farmacológica adecuada a las características de la persona en tratamiento.

→ Ofrecer terapia individual de aceptación del problema, terapias grupales y terapias familiares.

4.2.4. Tratamiento de adicción a la cocaína.

Hay que tener presente que existen una serie de dificultades a la hora de trabajar con la juventud consumidora de cocaína:

→ El poderoso efecto reforzante de esta droga.

→ Su poderosa dependencia psíquica.

→ El consumo combinado con otras sustancias (principalmente el alcohol).

Además, como ocurre en la mayor parte de tratamientos de drogodependencias, los jóvenes y las jóvenes deberán aceptar que se va a producir un cambio en su estilo de vida.

Por otro lado, también es necesario recordar, que al igual que ocurre con el alcohol, cuando se ha llegado a un consumo abusivo y descontrolado de la sustancia, se debe concienciar a la persona de que no podrá volver a probarla si no quiere recaer.

La intervención se realizará en recursos en los que también se traten otras drogas y se dividirá en varias fases.

En el tratamiento de la dependencia a la cocaína con jóvenes, se usarán unos recursos u otros en función del programa que se vaya a seguir (libre de drogas o de reducción de riesgos/daños).

En el caso del programa libre de drogas, algunas psicoterapias han resultado eficaces, como es el caso de la terapia cognitivo conductual, el contrato de contingencias e incentivos, la entrevista emocional, etc.

- Como métodos y técnicas terapéuticas que pueden ser utilizadas con la juventud, se destacan:

- Psicosociales: psicoterapia individual, técnicas de control, terapia de apoyo, métodos grupales, información y educación sobre la sustancia, técnicas de evitación, etc.

- Métodos farmacológicos: en el caso de que aparezca intoxicación aguda, síntomas de abstinencia o complicaciones psiquiátricas, se administrará la medicación adecuada para cada caso.

4.2.5. Tratamiento a la adicción simultánea de alcohol y cocaína.

España se encuentra en primer lugar de consumo de cocaína y alcohol de la Comunidad Europea, después de Gran Bretaña, seguido de Alemania y Grecia, predominando el consumo en jóvenes (Sonia Fernández, 2010).

- **Técnicas de extinción**

→ Exposición activa o pasiva

→ Desensibilización sistémica

→ Inoculación al estrés

→ Técnicas combinadas

→ Exposición

→ Disminución de estímulos, entrenamiento en habilidades

- **Prevención de recaídas**

Combina:

→ Intervenciones cognitivas

→ Entrenamiento en habilidades

Características:

→ Ateórica

→ Anticipación de respuestas adaptativas

→ Autocontrol

→ Tratamiento de otras conductas de gratificación inmediata

Fuente: Caballero, 2005, p. 121.

Además de las consecuencias perjudiciales a nivel fisiológico, psicológico, familiar y social que produce cada una de las sustancias, existen otros motivos por los que esta combinación de sustancias es preocupante en la juventud:

- La ausencia de antagonistas específicos.

- La combinación de ambas sustancias provoca la aparición del metabolito cocaetileno.

La asociación del consumo de etanol y cocaína simultáneamente, origina la necesidad de nuevos tratamientos de solución compleja.

La ingesta de estas dos sustancias combinadas tiene mayores efectos nocivos para nuestra salud que el consumo por separado de ambas.

El cocaetileno, además, tiene un altísimo poder reforzador provocado por la acción dopaminérgica del compuesto.

La mezcla de alcohol y cocaína produce menor sensación del deterioro del rendimiento, y un aumento y prolongación de la "subida" de la cocaína.

Con respecto al daño psicofísico que ocasiona el complejo en las personas jóvenes, hay que señalar que cuando previamente al consumo de cocaína se produce el consumo de alcohol, se observa un aumento de los problemas cardiovasculares, así como un agravamiento de la adicción. En este sentido, algunos estudios demuestran que "la ingesta de alcohol provoca incremento del craving de cocaína con mayor gravedad en los episodios de consumo, mayor pérdida de control e intoxicación más grave" (Pastor, R. 2003, P. 160).

CARACTERÍSTICAS DE LA JUVENTUD CONSUMIDORA DE ALCOHOL Y COCAÍNA

El consumo combinado de alcohol y cocaína, tal y como explicó Sonia Fernández (2010), es un fenómeno que afecta fundamentalmente a población juvenil, aunque existe un grupo que se inicia en edades avanzadas (y siempre secundario al consumo de alcohol).

Entre las características de estos consumidores destacan:

- Realización de consumos compulsivos de alcohol durante los fines de semana.
- Nuevo circuito de distribución.
- Para contrarrestar los efectos del alcohol.
- No percepción de consumo de una sustancia adictiva.
- No sensación de trasgresión de las normas, lo que los diferencia de la estigmatización social de otras sustancias, por ejemplo, la heroína.
- Aumento progresivo de las cantidades consumidas.
- A menudo la ingesta de alcohol provoca el deseo irrefrenable de consumir cocaína.
- Con gran frecuencia se asocia al consumo de psicoestimulantes menores y cannabis.
- Es un consumo encubierto por el "silencio clínico" que presenta, ya normalmente se tarda entre tres y cinco años en solicitar asistencia.

ATENCIóN Y TRATAMIENTO EN JóVENES

Entre las personas jóvenes que demandan asistencia para realizar un tratamiento por el consumo abusivo de alcohol y cocaína, el motivo de consulta más frecuente es la comorbilidad psiquiátrica:

- Psicosis cocaínicas.
- Trastornos bipolares.
- Complicaciones cardio-vasculares.
- Etc.

Existen diversos tratamientos, pero parece ser que el modelo de tratamiento basado en la terapia individual y la grupal son los que ofrecen mejores resultados.

Cuando se realiza atención y tratamiento a este tipo personas, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Predominio de la sustancia identificada como problemática por parte de la persona adicta.
- Identificación del estadio de dependencia en el que se encuentra.

- Nivel de integración social.
- Deterioro del estado de salud física, psicológica y social.
- Medios materiales de los que se dispone.

Para tener posibilidades de éxito, se hace imprescindible la ausencia del consumo alcohólico, aunque la persona no cumpla criterios de dependencia a esta sustancia.

Lorena Casete (2010) menciona cuatro **tipologías de consumidores y consumidoras**:

- Tipo I: persona que tiene la cocaína como única sustancia de consumo.
- Tipo II: policonsumo.
- Tipo III: segunda sustancia.
- Tipo IV: trastorno de personalidad.

A continuación se comentará de una manera más ampliada el Tipo I y el Tipo II por ser estos los más frecuentes entre la población juvenil que consume alcohol y cocaína.

Los **consumidores y consumidoras del Tipo I** se caracterizan por presentar los siguientes aspectos:

- Patrón específico de dependencia.
- Funcionamiento y adaptación normal.
- Aparición de cuadros inespecíficos.
- Consumo asociado a alcohol (en algunos casos).
- Clínica poco aparente.
- Sintomatología afectiva frecuente.

Existen diferentes fases en un tratamiento dirigido a este tipo de personas consumidoras, éstas son (Casete, 2010):

- Fase 1:

→ Contención.

→ Técnicas de choque para el manejo del craving. El craving es un término que hace referencia al impulso imperioso de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. Supone una reacción aprendida a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo).

- Fase 2:

→ Manejo de técnicas.

→ Reestructuración del estilo de vida.

→ Abordar otros problemas si procede.

Ese tipo de tratamiento es recomendable realizarlo ambulatoriamente, mediante diferentes metodologías, entre las que destacan:

- Las cognitivo- conductuales.
- Las de prevención de recaídas.
- Las terapias de apoyo.
- Las terapias motivacionales.

Los **consumidores y consumidoras de Tipo II** se caracterizan por presentar los siguientes aspectos:

- Policonsumo (no de opiáceos, principalmente de cocaína y alcohol).
- Adaptación deficiente.
- Trastornos de conducta y/o de personalidad.
- Patrón de abuso.
- Escasa conciencia, baja motivación.

En los casos en los que se presenta un consumo conjunto de alcohol y cocaína en la juventud, Casete (2010) recomienda los siguientes tratamientos:

- Counselling a familias y a tutores y tutoras.
- Terapia conductual.
- Terapia cognitiva.
- Terapia grupal.
- Entrevista motivacional.

- Farmacoterapia.

Los objetivos que se persiguen en los tratamientos destinados a la población juvenil que consume alcohol y cocaína son los siguientes:

- Facilitar la accesibilidad de la juventud al tratamiento y aumentar la adherencia.
- Facilitar que desarrolle su autonomía personal (autocontrol de las reacciones emocionales, conocimiento personal).
- Conseguir la mejora de las relaciones con el ámbito familiar y grupo de iguales.
- Incrementar las mejoras en las otras áreas, priorizando la socioeducativa y legal.
- Acompañarla a través de los estadíos de cambio y aumentar la conciencia de su problemática respecto al consumo de drogas.

Es recomendable que las intervenciones con adolescentes se sitúen entre la prevención selectiva y el tratamiento, que estén enfocadas en "clave juvenil", donde exista una graduación en los objetivos que se pretenden conseguir (abstinencia versus reducción de daños). Y sobre todo, es fundamental que estas intervenciones se realicen sobre los estilos de vida, que se potencie el entrenamiento y desarrollo de las habilidades para la vida.

Claves para la intervención con jóvenes:

- En clave juvenil.
- Intervención flexible y dinámica.
- Principio de no etiquetado.
- El principio de la extinción y el valor de las instrucciones.
- El principio de la espera.
- El autocontrol emocional por parte del o la profesional.
- Enfoque desde la globalidad.
- Intervención secuencial. Metas y submetas.
- Primacía de la intervención educativa.
- Acompañamiento del o la adolescente.
- Normalización del o la adolescente en el medio.
- Importancia crucial de la familia.
- Efecto preventivo en red. Coordinación. Necesidad de trabajo interdisciplinar.

En un estudio reciente, sobre la juventud consumidora de alcohol y cocaína, elaborado por el Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja de Córdoba, se llegó a las siguientes conclusiones (Sonia Fernández, 2010):

- La importancia que para la juventud tiene el tiempo libre, la fiesta, la noche, el fin de semana.
- Los y las jóvenes salen de noche a edades cada vez más tempranas.
- Es en el tiempo libre cuando muchos y muchas jóvenes se inician en el consumo de sustancias en compañía de su grupo de iguales.
- Tienen una baja percepción del riesgo de consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
- La disponibilidad de estas sustancias es alta.
- En las demandas de tratamiento por consumo de cocaína asociada al consumo de alcohol como droga principal, la edad de inicio es superior a la de aquellas personas jóvenes que consumen cocaína como droga principal.
- Los y las jóvenes que demandan tratamiento por problemas de consumo de cocaína no tienen percepción del problema del consumo de alcohol o de la necesidad de mantener la abstinencia de alcohol durante el tratamiento.
- En las demandas de tratamiento, la proporción de hombres y mujeres es de cuatro a uno.
- Existen reticencias a dejar de consumir cannabis entre las personas consumidoras de alcohol y cocaína que también consumen esta sustancia.

La gran mayoría de las recaídas entre los y las jóvenes que están en tratamiento, están motivadas por:

→ El consumo previo de alcohol.

→ La relación con otras personas consumidoras de cocaína.

→ Las situaciones sociales de fin de semana, tiempo libre, noche, fiesta…

Desde que los y las jóvenes se inician en el consumo de sustancias hasta que solicitan tratamiento por el mismo, pasan más de cinco años.

4.2.6. Modelos y terapias psicológicas en adicciones.

Son diversas las terapias psicológicas que se han mostrado eficaces en la intervención de trastornos relacionados con las drogodependencias. A continuación, se resumen las empleadas con más frecuencia.

- **Terapias cognitivo- conductuales**:

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.

Suponen uno de los enfoques más comprensivos para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma.

Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

→ Centrarse en el abordaje de los problemas actuales.

→ Establecer metas realistas y consensuadas con el o la paciente.

→ Buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes.

→ Utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los y las pacientes para manejar sus propios problemas.

- **Terapias centradas en la familia**:

Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso y la adherencia al tratamiento de estos y estas y de sus familias; reducen el uso de drogas postratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social.

- **Terapias analíticas y psicodinámicas**:

Existen pocos estudios que evalúen la eficacia de estas terapias en personas con trastornos adictivos.

Las publicaciones que hay, se centran en cuestiones relacionadas con la retención en el tratamiento y la importancia de la terapia de grupo. Sugieren que la terapia psicoanalítica convencional puede ser útil en estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción.

4.3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

4.3.1. Conceptos clave.

Para entender los programas de reducción de riesgos y daños conviene comenzar aclarando estos dos conceptos.

Un **daño** es una consecuencia negativa a nivel físico, psíquico o social. Mientras que un **riesgo** se define como la probabilidad de sufrir un daño.

En el caso de las drogas, los daños se definirían como los efectos negativos asociados a una determinada conducta de consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el riesgo sería la probabilidad de sufrir esas consecuencias negativas.

Por ejemplo: fumar. - una conducta concreta de consumo de drogas conlleva el riesgo (la probabilidad) de sufrir un daño, una EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Una forma racional de valorar los daños y, por tanto, priorizar la atención a los distintos riesgos asociados a las drogas, implica tener en cuenta dos dimensiones básicas:

- La **gravedad** o importancia que estos daños tienen para la salud.

- La **habitualidad** o frecuencia con que estos daños se producen.

Pongamos por ejemplo el estudio de dos daños concretos asociados al consumo de alcohol, como son: desarrollar una dependencia a esa sustancia y tener un accidente de tráfico al conducir bajo los efectos de la misma.

La gravedad de acabar desarrollando una dependencia del alcohol se valoraría como media ya que: la probabilidad de que un consumidor o consumidora llegue a desarrollarla es poco frecuente y, en principio, es reversible, puede llegar a superarse devolviendo a la persona a unos estándares de normalidad.

Por el contrario, la posibilidad de sufrir un accidente de tráfico al conducir bajo la influencia del alcohol es muy alta, al igual que su gravedad (a menudo letal).

REDUCCIÓN DE RIESGOS Y MINIMIZACIÓN DE DAÑOS

Newcombe (1995, p. 25) define la reducción de riesgos y daños como "una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas".

Para Burkhart (2002, p. 106) serian los "servicios disponibles en un Estado que prestan ayuda individual, atención médica, psicológica y social, principalmente a consumidores muy desfavorecidos, especialmente aquellos de más edad, que cuentan con un largo historial de drogodependencias".

Minno (1993, p. 32) define estos programas como "un conjunto de medidas socio-sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas". Del mismo modo señala que "estos programas pretenden adecuarse a las necesidades de los usuarios, mejorar su calidad de vida y favorecer la toma de contacto con la red asistencial".

Por tanto, podríamos concretar que los programas de reducción de riesgos y minimización del daño serian aquellas iniciativas que centran su atención en colectivos de personas consumidoras de drogas en activo, con el objetivo último de que dicho consumo no genere en ellas algunos problemas que se asocian habitualmente a esa conducta (el consumo de drogas), o al menos resten gravedad a los mismos.

FILOSOFÍA DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y MINIMIZACIÓN DE DAÑOS

Los programas de reducción de riesgos y minimización de daños (Rdrr/Daños) no son una categoría dentro de las intervenciones en drogodependencias, sino "un objetivo o una filosofía que sirve de base para diversas actividades. En otras palabras, no es algo opuesto a la prevención o el tratamiento sino un principio que puede estar presente en la elaboración de intervenciones de carácter muy diverso." (Burkhart 2002, p. 112).

Las políticas y programas de Rdrr/Daños parten de la evidencia de que existen consumidoras y consumidores de drogas que no han conectado con los diferentes servicios socio-sanitarios porque no han tenido problemas asociados a dichos consumos. De igual modo, se es consciente de que van a existir personas que, pese a experimentar ciertos aspectos negativos del consumo, no quieran abandonarlo. Las intervenciones en Rdrr/Daños reconocen la libertad de las personas en la búsqueda de su propio bienestar, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas.

Estas medidas de Rdrr van dirigidas a consumidores y consumidoras en activo que no pretenden dejar de serlo y, por tanto, se priorizan aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas, ya que muchos de ellos pueden atenuarse sin suprimir dicho consumo.

Tras el concepto y la filosofía de la Rdrr/Daños afloran dos principios básicos verdaderamente innovadores en el campo de las actuaciones ante el abuso de drogas:

- La **baja exigencia** o priorización de aquellos hábitos de consumo menos arriesgados sin exigir previamente la abstinencia.

- La **proximidad** a la persona que consume, de tal forma que los agentes del dispositivo de Rdrr/Daños tengan un perfil semejante al de los usuarios y usuarias a su lugar de consumo.

4.3.2. Breve recorrido histórico de la reducción de riesgos y la minimización de daños.

El nacimiento del concepto de Rdrr/Daños está asociado a la aparición del Sida y al cambio profundo que se produjo en consecuencia, principalmente en las políticas de drogodependencias europeas y australianas, donde se reconoce que la inexorable propagación de la infección por VIH es una amenaza mayor para la salud pública e individual que el abuso de drogas. Es en este contexto de finales de los ochenta donde surge el concepto de Rdrr/Daños como tal, sin embargo, podríamos seguir la pista a una serie de medidas que podrían encajar dentro del mismo hasta por lo menos el siglo XIX.

4.3.3. Objetivos.

Los objetivos que más comúnmente se plantean para los diferentes programas de Rdrr/Daños son:

- A corto plazo:

→ Establecer contacto con el mayor número de consumidores y consumidoras posible.

→ Reducir los riesgos bio-psico-sociales asociados al consumo.

→ Tratar patologías asociadas al consumo.

→ Promover el diagnóstico precoz.

- A largo plazo:

→ Facilitar el acceso a otros recursos para aquellos usuarios que lo soliciten.

→ Promover la educación para un consumo de menor riesgo.

4.3.4. Programas de reducción de riesgos y minimización de daños.

- **Programas de distribución/intercambio de jeringuillas**: el uso compartido de jeringuillas entre personas que consumen drogas por vía parenteral ha sido una de las principales vías de transmisión del VIH y ha contribuido a aumentar los casos de tuberculosis y hepatitis. Uno de los objetivos de este tipo de programas es disminuir la probabilidad de contraer estas infecciones proveyendo a los/as usuarios/as de material de inyección esterilizado.

- **Programas de sexo seguro**: estos programas pretenden (principalmente a través de talleres) educar y promover el mantenimiento de relaciones sexuales sin riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, todo ello dentro de un marco avalado por criterios socio-sanitarios.

- **Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos**: la dispensación se realiza en dosis terapéuticas por profesional facultado para tal fin y suele ir acompañada de apoyo psico-social y de educación para la salud. Mediante este tipo de programas se consiguen objetivos muy diversos: disminución de los casos de sobredosis, reducción de conductas de riesgo (menor uso de la vía parenteral y del habito de compartir jeringuillas) reducción de la delincuencia.

- **Programas socio-sanitarios**: son servicios que ofertan intervenciones preventivo-educativas, materiales estériles, atención en emergencias y derivación eficaz. Están destinados principalmente a usuarias y usuarios de drogas por vía endovenosa alejados de los circuitos asistenciales. Con ellos se pretende disminuir la incidencia de infecciones, las sobredosis y paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos. Dentro de esta tipología se encuentran las salas de consumo higiénico.

- **Programas de testado de sustancias**: son programas donde se realizan análisis de diferentes sustancias para conocer la cantidad exacta del principio activo y los elementos adulterantes de las mismas. Existen dos subcategorías:

→ Testado in situ, en el lugar donde se va a llevar a cabo el consumo. Generalmente se trata de una prueba rápida de la que se obtiene una información bastante limitada.

→ Testado en laboratorio, consiste en un análisis mucho más preciso que ofrece mucha más información sobre la pureza y la adulteración (principalmente a través de cromatografía de la sustancia).

Normalmente las actividades dentro de este tipo de programas van más allá del mero análisis de sustancias ilícitas -que no deja de ser una excusa atractiva para el acercamiento de las personas consumidoras- puesto que también ofrecen información y mensajes preventivos y de usos seguros a través de una amplia gama de soportes informativos.

Los objetivos específicos de los programas de testado son:

→ Contactar con el máximo número de consumidores para trasmitirles pautas preventivas personalizadas, capaces de reducir los riesgos y evitar los daños de sus consumos.

→ Detectar y poner en conocimiento de de las personas que consumen y Administraciones la presencia de sustancias o partidas que, por su adulteración o concentración, suponen un riesgo considerable para la salud.

→ Obtener conocimiento en tiempo real de las tendencias de consumo de sustancias.

4.3.5. Análisis de los riesgos asociados al consumo de drogas.

Existen tres elementos clave que van a influir en los diferentes riesgos asociados al consumo de drogas:

- El contexto (físico y legal) donde se producen.
- Las características de la persona y su forma de vida.
- Las características de la sustancia y las vías de consumo.

RIESGOS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO FÍSICO Y LEGAL

Riesgos relacionados con el contexto físico:

- Los **lugares de ocio**, el escenario de consumo:

a. **Principales factores de riesgo** que podemos encontrar en locales de ocio como discotecas o salas de conciertos son:

→ Falta de agua potable en los servicios.

→ Temperatura elevada

→ Ventilación inadecuada.

Los 3 factores anteriores son decisivos para prevenir la deshidratación y la hipertermia maligna asociadas al uso de MDMA y otros estimulantes.

→ Carencia de zonas de descanso que obliga a permanecer de pie, generando agotamiento.

→ Exceso de volumen de la música que puede llegar a provocar hipoacusia o pérdida de audición.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados al consumo de drogas en locales de ocio:

→ Concienciar a los y las responsables y al personal de la importancia sanitaria de estas cuestiones, más allá de lo dispuesto en la normativa vigente.

→ Disponer personal formado en la atención a urgencias sanitarias.

- Los **desplazamientos**:

a. **Principales factores de riesgo**: la normativa sobre horarios de los locales de hostelería ha generado que la mayoría de los locales de ocio, en los que se da una parte importante del consumo de drogas, se concentre en determinadas zonas de las ciudades o fuera de las mismas, haciéndose necesario el uso de transporte para llegar a ellos. En un estudio realizado en varias ciudades europeas por el proyecto Sonar (Calafat et al., 2001), se ponía de manifiesto que más de dos tercios de las personas encuestadas se desplazaba en su propio vehículo a estos lugares de ocio.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados al uso del coche durante el ocio de fin de semana:

→ Proponer cambios respecto a los criterios de ubicación de los locales de ocio.

→ Desincentivar el transporte privado.

→ Ofertar alternativas de medios de transporte públicos (autobuses búho, trenes luna...).

→ Concienciar a los conductores y conductoras a través de campañas sobre los peligros de la conducción bajo los efectos del consumo de drogas.

→ Proporcionar medios para controlar la propia capacidad de conducción (intervenciones preventivas con alcoholímetros).

- Las **relaciones sexuales** y el sexo seguro:

a. **Principales factores de riesgo:** en ambientes recreativos, bajo los efectos de sustancias que alteran la percepción, hay mayor probabilidad de que se produzcan relaciones sexuales con riesgo de contraer ITS.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a las relaciones sexuales en espacios de ocio: proporcionar información y recursos que favorezcan el sexo seguro.

Riesgos relacionados con el contexto legal:

- La **persecución legal**:

a. **Principales factores de riesgo**: la consideración de la producción y venta de las drogas ilícitas como delito contra la salud pública conlleva detenciones a consumidores y consumidoras que por desconocimiento de la legislación incurren en delito. Por otro lado la Ley Orgánica 1/92 sanciona específicamente el consumo y otras conductas asociadas fuera de contextos privados.

b. **Medidas de reducción de riesgos** legales asociados al consumo de drogas: proporcionar información sobre la legislación y normativa vigente respecto al consumo de drogas.

- La **adulteración**:

a. **Principales factores de riesgo:** la situación de ilegalidad de la mayoría de las drogas implica la ausencia total de cualquier tipo de control de calidad, siendo la adulteración de las mismas una práctica habitual en busca de una maximización de beneficios por parte de organizaciones mafiosas. De hecho, el origen de la mayoría de los riesgos sanitarios con los que se enfrentan las personas usuarias de drogas ilegales se encuentra en la adulteración de las drogas.

b. **Medidas de reducción de riesgos** legales asociados al consumo de drogas: fomentar programas de testado de sustancias.

- El **acceso a la información**:

a. **Principales factores de riesgo:** la falta de conocimiento sobre las sustancias (efectos, consecuencias y riesgos reales de las mismas) lleva a asumir riesgos innecesarios, como son las malas dosificaciones, mezclas peligrosas, etc.

b. **Medidas de reducción de riesgos** legales asociados al acceso a la información: difundir información objetiva, mediante formatos adecuados y preferiblemente en los propios entornos de consumo.

RIESGOS RELACIONADOS CON LA PERSONA QUE CONSUME DROGAS

- Los **hábitos de vida**:

a. **Principales factores de riesgo:** la nutrición, el descanso, la higiene y otros aspectos básicos del cuidado de la salud que las personas usuarias de drogas se dispensan a sí mismas antes, durante y después del consumo son decisivas. Muchos de los efectos agudos y de los problemas a largo plazo asociados con el consumo de drogas tienen una relación directa con estos hábitos de vida.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados al acceso a los hábitos de vida: difundir información a los consumidores y consumidoras de drogas sobre autocuidados y hábitos de vida saludables relacionados con los consumos.

- El **género**:

a. **Principales factores de riesgo**:

→ Las diversas investigaciones que se han realizado sobre este tema ponen de manifiesto diferencias de género respecto al consumo de drogas en las que, en general, los varones tienen mayores tasas y frecuencias de consumo de las sustancias ilegales, al contrario que las mujeres.

→ Las mujeres buscan el efecto anorexígeno de los psicoestimulantes. Aspecto estrechamente relacionado con los roles de género y los patrones de belleza de la sociedad.

→ La feminización del consumo de psicofármacos y la susceptibilidad de estos a generar sinergias peligrosas junto con el consumo de otras drogas.

→ Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres hacen a estas más vulnerables a las sobredosificaciones.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la diferencias de género:

→ Trabajar las habilidades individuales y sociales desde un punto de vista de la coeducación y la igualdad, introduciendo dicho enfoque en cualquier acción que se desarrolle con la mujer.

→ Concienciar a las mujeres sobre los riesgos de cualquier método que suponga una rápida pérdida de peso.

→ Difundir información sobre las interacciones peligrosas de las diferentes drogas legales y los psicofármacos.

→ Fomentar la información y el respeto a las diferencias entre hombres y mujeres respeto al consumo de drogas.

■ La **edad**:

a. **Principales factores de riesgo**: son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que los consumidores y consumidoras que se inician a edades tempranas son más propensos a sufrir más y con mayor frecuencia problemas derivados del consumo.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociadas a la edad**:** concienciar a los consumidores y consumidoras para que impidan el consumo entre la población menor de edad.

■ Las **vulnerabilidades personales**:

a. **Principales factores de riesgo:** todas las sustancias psicoactivas son susceptibles de acelerar enfermedades mentales latentes. Además, el consumo de drogas puede empeorar la evolución de problemas físicos.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a vulnerabilidades personales:

→ Tener en cuenta los antecedentes familiares de enfermedades mentales.

→ Someterse periódicamente a revisiones y reconocimientos médicos lo más completos posibles.

→ Confiar en el secreto médico-paciente y confiar en el secreto profesional y sincerarse con el personal sanitario respecto a los consumos de drogas.

RIESGOS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS CONSUMIDAS

Riesgos relacionados con la vía de consumo:

■ **Sustancias inyectadas**:

a. **Principales factores de riesgo:** es una forma de consumo muy poco utilizada dentro del consumo recreativo de drogas, sin embargo es la vía donde aparecen los riesgos más graves (infecciones, sobredosis...) además de ser la que más capacidad tiene de generar adicción.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la vía inyectada:

→ Sustitución por otras vías de consumo.

→ Proporcionar abundante material estéril de venopunción.

→ Dispositivos de venopunción segura.

■ **Sustancias fumadas**:

a. **Principales factores de riesgo:** el principal riesgo para la salud relacionada con esta forma de consumo es el desarrollo de una EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). También tiene una alta capacidad para generar adicción.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la vía fumada:

→ Sustitución por otras vías de consumo.

→ Utilización de vaporizadores.

→ Utilización de filtros adecuados.

■ **Sustancias esnifadas**:

a. **Principales factores de riesgo**: los principales riesgos asociados a esta vía son la transmisión de infecciones derivados de compartir el material de esnifado (turulo, rulo) o por la utilización de billetes como tales. Otro de los riesgos

tiene que ver con las sobredosificaciones, al desconocerse las proporciones de principios activos.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la vía esnifada:

→ Distribución de material higiénico para el esnifado.

→ Comenzar con consumos de dosis bajas.

■ **Sustancias ingeridas**:

a. **Principales factores de riesgo:** el principal riesgo de esta vía es la sobredosificación, derivada tanto de la lentitud de absorción (es la vía a través de la cual más tiempo tardan en hacer efectos todas las sustancias) como del desconocimiento de la proporción de principios activos.

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la vía ingerida:

→ Paciencia (y conocimiento de los tiempos de absorción).

→ Comenzar con consumos de dosis bajas.

Riesgos relacionados con la naturaleza de la sustancia:

a. **Principales factores de riesgo**:

Alcohol:

→ Peleas y agresiones por la disminución del autocontrol y de la capacidad de tomar decisiones adecuadas.

→ Accidentes por la falsa sensación de seguridad y la reducción de la coordinación y los reflejos.

→ Un consumo intenso puede llevar a una depresión respiratoria o incluso a un coma etílico.

→ El consumo excesivo y continuado de alcohol perjudica al hígado, al páncreas y al estómago.

→ La dependencia al alcohol es la que genera mayores problemas a nivel de salud física y psíquica y en los ámbitos familiares, laborales y sociales.

Cannabis:

→ Accidentes provocados por la bajada repentina de la tensión arterial. Se ve aumentada con la combinación con alcohol.

→ Crisis de pánico.

→ Problemas de memoria a corto plazo (despistes y problemas en los estudios).

→ Adicción al tabaco.

Cocaína:

→ Alta capacidad adictiva.

→ Problemas cardiacos, respiratorios y neurológicos.

Ketamina:

→ Accidentes derivados de la pérdida del control corporal.

→ Coma y parada cardiorespiratoria.

→ Problemas psicológicos.

Policonsumo:

→ Los riesgos más inminentes son los derivados de sustancias de la misma familia en cuanto a los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (Depresor+Depresor y Estimulante+Estimulante).

b. **Medidas de reducción de riesgos** asociados a la naturaleza de la sustancia: informar sobre los efectos de la sustancia ingerida, el por qué del mayor o menor efecto en función de la vía de consumo, etc.

4.3.6. Conclusión.

A lo largo de este capítulo hemos pretendido constatar que, si bien la dependencia es un problema específico de las drogas, no tiene porque ser el único ni tampoco el más preocupante tanto para las personas que hacen un uso más o menos habitual de las mismas, como para la sociedad en general.

A lo largo de casi dos décadas las políticas, programas y medidas de Rdrr/ Daños se han demostrado eficaces en la dismi-

nución de graves problemas individuales y colectivos asociados a las drogas (enfermedades, delincuencia, sobredosis, muertes...) con colectivos de consumidores y consumidoras especialmente reticentes ante otro tipo de intervenciones socio-sanitarias.

En la actualidad, la inmensa mayoría de la población consumidora de drogas y en especial aquellas cohortes de edad más joven, lejos de situarse en esos consumos marginales (social y estadísticamente hablando) se encuentran dentro de la categoría que venimos denominando de consumo recreativo; por lo tanto se hacen necesarios cambios en las estrategias para abordar los problemas asociados a estas nuevas formas de consumo.

Por un lado, se trata de intervenir con jóvenes para los que consumir drogas es una conducta normalizada y común en su entorno y asociada a unas formas de ocio nocturno de fin de semana (de bares, de discotecas, de botellón...) que no se entenderían (y seguramente no existirían) sin dichos consumos.

Basándose en el principio del respeto a la libertad individual, se trata de pragmáticas y pragmáticos y ofrecer una información con la que aquellas personas consumidoras de drogas que no pretenden dejar de serlo, puedan (si quieren) modificar aquellas conductas asociadas a sus consumos que les supongan riesgos en lo individual, familiar, laboral, social...

Y es precisamente esa familiaridad que estas personas tienen con el consumo de determinadas sustancias psicoactivas, lo que obliga a que la información que se les proporcione sobre sus efectos y consecuencias sea lo más verídica posible, alejándose de imprecisiones, exageraciones y moralinas que sólo conseguirían alejar a la que debe ser nuestra población diana.

El discurso de la reducción de riesgos no pretende normalizar, ni legitimar una conducta que a todas luces es fuente de numerosos problemas sociales, si no situarse en unos parámetros que no genere rechazo a los consumidores y consumidoras en activo y les ponga en una posición receptiva ante una intervención educativa de carácter socio-sanitario.

No nos gustaría cerrar este capítulo sin hacer mención y reflexionar sobre las críticas realizadas a los programas de Rdrr y, más concretamente, a los análisis de sustancias in situ; cuestionando su necesidad y conveniencia ante la posibilidad de promover el consumo de drogas.

Sin embargo, en la práctica, en la mayoría de los programas de testado el análisis no es la única actividad, sino que se aprovecha ese momento para reflexionar sobre el consumo de drogas, los riesgos que hay que tener en consideración, disuadiendo en algunos casos de ciertos tipos de consumo. Es muy importante resaltar que en estas intervenciones la información no es unidireccional, ni se ve reducida a las sustancias ya que lo normal en este contexto es que se responda a preguntas y se aborden las situaciones particulares. Fraccionar los contenidos de los mensajes, en función de las características de los grupos diana a los que van dirigidas las acciones, es esencial en la prevención. Los proyectos de análisis de sustancias han demostrado ser lo suficientemente selectivos para superar las críticas o dudas anteriormente mencionadas, ya que atraen sólo a consumidores y consumidoras en activo o a potenciales consumidores y consumidoras, y sólo a ellos y ellas.

Por otro lado, los proyectos de testado de sustancias son prácticamente la única fuente de información con la que puede contar el sistema sanitario para conocer las nuevas sustancias y las tendencias de consumo. Información fundamental si se quiere mantener un mínimo de credibilidad en un acercamiento exitoso a la población consumidora de sustancias psicoactivas.

Para finalizar conviene recordar que *La Carta Europea para la reducción de riesgos de 1999* insta a los poderes públicos a apoyar las acciones específicas en reducción de riesgos y daños que desarrollen asociaciones y ONG. Asímismo, se subraya que la persona consumidora de drogas es el elemento central de estas acciones, que deben ser individualizadas para no caer en la estandarización de sus respuestas.

4.4. Agentes y recursos para la intervención en drogodependencias con juventud.

4.4.1. Ámbito educativo formal.

A nivel educativo existen muchos recursos destinados a la prevención, la atención y el tratamiento, que se adaptan en función de las características de las personas destinatarias y de la posición de las mismas respecto al continuo del no consumo al consumo de drogas.

Los programas preventivos son uno de los recursos que mejor permiten intervenir en la población juvenil, tanto a nivel formal (escuela, instituto) como no formal (espacios de ocio juvenil, como por ejemplo centros excursionistas, puntos de información para jóvenes, etc.).

Estos programas son llevados a cabo por el profesorado de los centros educativos que ha sido formado previamente, o bien por especialistas en el ámbito de las drogodependencias.

En función de la estrategia de prevención utilizada (universal, selectiva o indicada) se aplicará un tipo de programa u otro.

A continuación se describen algunos de estos programas de prevención, así como algunos materiales a aplicar en estrategias de tipo universal y selectiva que facilitan la intervención en espacios de ocio:

Prevención universal:

- **¿Y tú, qué piensas?** Se trata de un programa creado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y está dirigido a grupos de jóvenes entre 15 y 18 años y se aplica en el aula.

Plantea como objetivos:

→ Hacer llegar a los grupos de jóvenes participantes informaciones, datos e ideas acerca de temas y áreas importantes en sus vidas, para que dispongan de esa información cuando tengan que tomar decisiones.

→ Promover y provocar el intercambio, el diálogo y la discusión productiva entre los grupos de participantes, tanto a través del tipo de información, como mediante la forma de transmitirla o el trabajo propuesto para realizar con ella.

→ Recuperar y difundir las opiniones y conclusiones a las que los grupos de discusión llegan a través del trabajo con los materiales y participar con ellos en la fase del concurso mediante la forma de expresión que ellos mismos han elegido.

- **Me llamo Marcos**. Se trata de un programa creado también por la FAD, dirigido a jóvenes de 16 a 18 años y se aplica en el aula.

Los objetivos de este programa son:

→ Debilitar y/o extinguir la relación existente entre el consumo de drogas y el tiempo libre juvenil.

→ Favorecer la aparición de conductas saludables.

- **Hablemos de drogas**.

Es un programa de la Fundación La Caixa, dirigido a jóvenes, familias, educadoras y educadores, profesionales de la salud y ciudadanía en general.

El programa tiene como objetivos:

→ Promover una conciencia social sobre los efectos nocivos de las drogas que facilite un aumento de la percepción de riesgo entre la juventud.

→ Facilitar los recursos de información, orientación y formación de las familias así como de los agentes educativos y sanitarios.

→ Desarrollar habilidades y competencias personales para rechazar el consumo de drogas.

→ Ofrecer herramientas a la juventud para que pueda adoptar actitudes críticas y responsables sobre las drogas.

- **Moneo. Programa de prevención familiar del consumo de drogas**.

Es un programa de prevención familiar universal, creado por Promoción y Desarrollo Social (PDS), que pretende prevenir el abuso de drogas en los jóvenes de edades tempranas, mediante la modificación de los factores de riesgo y de protección en el entorno familiar.

Ofrece a los padres y madres pautas educativas, información sobre las drogas, así como estrategias para mejorar sus habilidades educativas.

- **Jóvenes y drogas**.

Programa desarrollado por EDEX. Destinado a chicos y chicas de 15 a 17 años. Consta de una guía para el profesorado y de cinco monografías que tratan, entre otras sustancias, el alcohol y la cocaína.

Mediante este material se trabajan las habilidades para la vida a partir del fomento del pensamiento crítico de los y las jóvenes y se proporcionan herramientas para hacer frente a la presión grupal.

Prevención selectiva:

- **Rompecabezas**.

Es un programa de la organización Proyecto Hombre. Está dirigido a chicos y chicas de 16 a 21 años que asisten a programas de formación ocupacional, pre-laborales y a programas de garantía social que forman parte de grupos susceptibles de encontrarse en riesgo.

Este programa lo pueden llevar a cabo, previa formación, profesionales de la educación en el ámbito formal y no formal que trabajen en la formación ocupacional y pre-laboral. Como objetivo se plantea prevenir y /o reducir el consumo problemático de sustancias en jóvenes.

- **Protego. Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias.**

Es un programa de prevención selectiva, creado también por PDS. Según esta entidad, la finalidad del programa es: modificar los factores de riesgo y protección del entorno familiar para prevenir el abuso de drogas y problemas de conducta de los hijos e hijas en riesgo, mediante la mejora de las habilidades educativas de los padres.

- **Material distribuido en espacios de ocio.**

Algunas entidades especializadas en la reducción de riesgos se encargan de hacer difusión de material preventivo sobre las diferentes drogas y sus riesgos, promocionando un ocio nocturno saludable. Asimismo, realizan actividades dirigidas a la juventud en discotecas, eventos musicales, etc. Una de las entidades más importantes que se dedica a llevar a cabo dichas actividades es Energy Control. Se trata de un colectivo de personas que, independientemente de su visión sobre las drogas, muestran su preocupación por el uso de estas sustancias en los espacios de fiesta de los y las jóvenes, y ofrecen un amplía y clara información sobre el tema con el fin de disminuir los riesgos de su consumo.

El grupo trabaja para ofrecer información objetiva que facilite una toma de responsabilidad en la decisión de consumir o no.

Energy Control reconoce la existencia de un uso responsable en drogas y del derecho del consumidor a tener una información preventiva para decidir sobre su salud.

Otro proyecto que también se encarga de efectuar este tipo de actividades es Som. nit, de Cruz Roja Juventud de Barcelona. Se trata de un proyecto de acción directa de información, prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas. Los espacios de consumo son las zonas donde, con stands informativos, jóvenes informados e informadas desarrollan las acciones preventivas.

4.4.2. Ámbito socio- comunitario.

En éste ámbito se incluyen recursos como:

→ Centros de Servicios Sociales.

→ Centros Culturales y de Ocio.

→ Asociaciones de diverso tipo, incluidas las específicas relacionadas con el programa de las drogodependencias.

- **Centros de Servicios Sociales**, que se dedican a:

→ Tramitación de prestaciones económicas.

→ Ayudas de emergencia social.

→ Servicio de información, orientación y asesoramiento.

→ Seguimiento de casos.

→ Cursos y talleres.

→ Actividades de ocio y tiempo libre.

Las funciones de estos centros en relación con el tratamiento de las conductas adictivas:

→ Detección de casos.

→ Motivación al tratamiento.

→ Derivación.

→ Seguimiento conjunto con el centro de tratamiento.

→ Información y orientación.

→ El equipo psicosocioeducativo (profesionales de la psicología, la educación social, el trabajo social, etc.) es esencial para el trabajo con la adolescencia y juventud. Estos y estas profesionales se ocupan de:

- Observar contextos, actitudes, comportamientos y detectar a personas y/o grupos que están en situación de riesgo.
- Contactar con menores de edad, jóvenes, familias, grupos y observar y recopilar información sobre los problemas relacionales (colegios, denuncias, absentismo escolar, padres, mesas del menor).
- Realizar una intervención educativa, estimulando diversos recursos.
- Implicar a los contextos sociales que envuelven al sujeto o grupo en el proceso educativo, en las respuestas a las necesidades y problemas que plantean.
- Mediar con las instituciones.
- Posibilitar alternativas saludables.
- Dinamizar las relaciones de convivencia.

- **Servicios culturales y de ocio.**

El ocio es un elemento indispensable de la salud mental, y en el caso de la juventud con mayor motivo, al ser la forma en la que ésta se relaciona entre sí.

El problema del ocio juvenil tiene que ver con cómo se gestiona ese ocio. ¿Cuánto tiempo dedican y qué actividades desarrollan?

Las actividades que realizan dependerán de aquellas que se oferten y del grado de interés que éstas despierten. Por ello, el objetivo consiste en acercar actividades de ocio saludable a la juventud, generando propuestas atractivas que se muestren como verdaderas alternativas al consumo de drogas. Tanto desde las instituciones públicas como desde diferentes asociaciones se incentiva la participación en actividades de ocio saludable consistentes en actividades deportivas, juegos (de mesa, de ordenador), talleres de música y baile, etc.

- **Plataformas que trabajan con personas consumidoras de drogas**.

Tienen dos objetivos globales: prestar apoyo a las asociaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias y servir de soporte y cobertura a la familia de jóvenes que consumen drogas.

- **Asociaciones de conductas adictivas, cuya finalidad es**:

→ Promover la creación de recursos asistenciales.

→ Sensibilizar a la población sobre los problemas relacionados con las adicciones.

→ Favorecer y participar en la integración social.

4.4.3. Ámbito sanitario y psicosocial.

El acceso de los y las jóvenes a los centros en los que se va a efectuar el tratamiento es totalmente gratuito en el caso de aquellos que pertenezcan a la red asistencial pública.

Por otro lado, existen toda una serie de recursos para la juventud que son privados

y que en función de las características del centro y de la persona en tratamiento, elaborarán un presupuesto acorde a dichas características.

En el ámbito del tratamiento en drogodependencias, se cuenta con recursos específicos e inespecíficos en función de las necesidades de la persona en cuestión.

a. Centros y recursos específicos.

- **Centros ambulatorios de asistencia**: desempeñan ambulatoriamente y por lo tanto de modo no residencial, tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabituación de la persona joven drogodependiente y otras encaminadas a posibilitar su normalización e integración social.

  Estos recursos pueden mantener objetivos de abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención, teniendo, en general, una configuración de los equipos profesionales de corte multidisciplinar.

  Los centros ambulatorios, son centros de referencia y desde ellos se articulan el resto de los recursos.

  La fase de acogida es primordial para el logro de la adherencia al tratamiento.

- **Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)**: se incluyen aquellos recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso.

  Estas unidades están destinadas a personas usuarias de drogas que:

→ Tienen baja adherencia a tratamiento ambulatorio.

→ Entorno familiar inadecuado ó inexistente.

→ Situación social deteriorada.

→ Grave deterioro físico.

→ Antecedentes de Delirium Tremens:

→ Antecedentes de crisis epilépticas.

  Este tipo de recurso en las circunstancias mencionadas ofrece algunas ventajas:

→ Mayor contacto con la persona en tratamiento.

→ Posibilidad de iniciar exploración psicológica.

→ Motivación para el proceso de cambio: deshabituación.

→ Separación temporal de su entorno.

  Es conveniente que este tipo de servicio esté ubicado en zona hospitalaria de carácter general ó de medicina interna.

- **Comunidades terapéuticas**: estos centros residenciales trabajan en régimen de internamiento y están ubicados en zonas rurales o bien en núcleos urbanos.

  Son recursos que:

→ No deben de utilizarse de forma indiscriminada.

→ Debe de realizarse un estudio a fondo del caso antes de tomar la decisión de su derivación.

→ Alto nivel de motivación de la persona usuaria.

→ Necesidad imperiosa de apartarse del entorno social para lograr la recuperación personal.

→ Fracaso anterior en dispositivos de menor exigencia ó más normalizados.

- **Hospitales de Día**: son estructuras asistenciales en las que se realizan diferentes actividades terapéuticas adaptadas a cada paciente con el objetivo de que logre autonomía y pueda adaptarse a su entorno.

- **Centros de Día**: son servicios a los que pueden acudir pacientes de forma voluntaria o por derivación y que básicamente tratan de ayudarles en el proceso de deshabituación y rehabilitación. En ellos, se realizan actividades de promoción de la salud, entrenamiento en habilidades sociales y de reestructuración funcional de aspectos personales para que pueda lograr una mejor adaptación al entorno.

- **Pisos terapéuticos y de reinserción**, indicados para:

→ personas con dependencia grave,

→ por fracasos en tratamientos ambulatorios anteriores,

→ por incapacidad de superar la desintoxicación,

→ por ausencia de apoyo familiar,

→ actitudes negativas y de rechazo de la familia hacia el o la joven por su problema de consumo,

→ distancia geográfica con relación al equipo asistencial y que dificulta la continuidad del tratamiento.

Los objetivos perseguidos en dichos recursos son:

→ Mantener la abstinencia.

→ Fomentar conductas incompatibles con el consumo de alcohol.

→ Reforzar la autonomía personal.

→ Recuperación del rol social y familiar, en la medida de lo posible.

→ Adquisición de habilidades sociales.

→ Educar para administrar el tiempo libre.

→ Incorporación a programas de empleo.

→ Preparar la vuelta a la dinámica familiar.

→ Recuperación de la salud física y psíquica.

- **Centros de atención a familias**.

Los centros de atención a familias son espacios de asistencia a familias para ayudarlas a hacer frente a las dificultades que puedan aparecer en su seno.

Tienen varios programas para atender a las diferentes demandas:

→ Servicio de orientación e intervención psicológica.

→ Servicio de formación.

→ Programa de atención especializada a la violencia en el ámbito familiar.

→ Servicio de mediación familiar.

La mayor parte de las demandas tienen que ver con consultas sobre cómo mejorar la relación con sus hijos e hijas, o cómo mejorar la relación con la pareja.

- **Asociaciones que atienden poblaciones marginales** (estrategias de acercamiento): se trata de un servicio que se ocupa de atender a personas drogodependientes que no tienen suficientes recursos económicos, sociales y/o personales, acercándose a los usuarios, a su entorno para que estos no tengan que desplazarse.

b. **Centros y recursos inespecíficos.**

- **Atención Primaria de Salud**, que posibilita:

→ Ausencia de estigma.

→ Menor resistencia.

→ Detección precoz.

→ Ayuda al individuo.

→ Ayuda a la familia.

→ Red sanitaria completa para apoyar.

→ Cuidado y apoyo continuados.

- **Centros Hospitalarios**: espacios donde los y las pacientes ingresan para hacer un tratamiento de desintoxicación de drogodependencias. Es un recurso que las personas jóvenes con conductas adictivas referentes al alcohol y/o a la cocaína pueden utilizar o a los que pueden ser derivados en caso de necesidad.

4.4.4. Ámbito legal.

Existen toda una serie de recursos a nivel legal que se encargan de hacer prevención, atención e intervención con la juventud. Entre ellos, se destacan los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y algunos abogados y abogadas, jueces y juezas con especialidad en Justicia Juvenil.

En lo que concierne a los cuerpos policiales, su variedad y especificidad hace que según la comunidad autónoma de la que se trate, estas competencias de preven-

ción con la población juvenil sean llevadas a cabo por un cuerpo u otro.

En la actualidad, y sobre todo, desde la aparición de las unidades específicas (de atención y protección a la familia, educación vial, agentes tutores...), desde este ámbito se ponen en marcha acciones de acercamiento y sensibilización con los posibles problemas asociados al consumo de drogas entre la juventud. El objetivo, además del control y vigilancia, es servir de puente entre la población en riesgo y los recursos disponibles.

- **Agentes tutores o tutoras**, es un cuerpo especializado cuyos objetivos son:

→ Protección Integral del o la menor de edad.

→ Respuesta personalizada a los problemas de drogodependencias.

→ Servir de interlocución entre Comunidad Educativa y Policía.

→ Coordinación con los agentes sociales.

→ Interconexión con autoridades encargadas de la protección de la infancia y adolescencia.

Sus ámbitos de actuación son:

→ Riesgo, desamparo y conflicto social.

→ Absentismo escolar.

→ Violencia intra/extraescolar y acoso.

→ Mendicidad infantil.

→ Prostitución infantil.

→ Explotación laboral.

→ Malos tratos a/de menores.

→ Grupos juveniles violentos.

→ Delitos contra el tráfico.

→ Consumo de sustancias.

→ Protección a menores extranjeros y extranjeras no acompañados o acompañadas.

En lo que se refiere al ámbito de la Justicia Juvenil, cabe señalar la importancia de una serie de recursos especializados en chicos y chicas que tienen o han tenido algún consumo problemático de drogas, entre los cuales destacan:

- **Los centros educativos de justicia juvenil**: se atiende a población juvenil que se halla en régimen interno debido a algún problema con la justicia. En el caso de que estos consumiesen o consuman drogas, se les ofrece un programa adecuado para su tratamiento en el propio centro. En caso contrario se les puede derivar a otro recurso.

- **El medio abierto**: en este tipo de recursos se atiende a la población juvenil que ha cometido algún delito pero que no está privada de libertad. Se efectúan programas educativos individualizados que tienen como objetivo final mejorar las competencias del joven o la joven. En el caso de que consuma drogas, se realizará un programa específico de tratamiento a su adicción haciendo una derivación a un centro especializado.

© DepositPhotos/ Pkirillov

5. Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias.

En este capítulo se realiza una breve introducción al concepto de género, como principio de organización social que se inscribe en la subjetividad e identidad, y su utilidad de cara a la intervención en drogodependencias. La perspectiva de género permite hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como diseñar intervenciones estratégicas que tengan en cuenta este factor.

Tras dicha introducción, se exponen cuestiones transversales que debemos incorporar en todas nuestras actuaciones, y posteriormente se analizan aspectos concretos de la prevención, por un lado, y de la atención y tratamiento por otro.

La perspectiva de género debe estar presente en toda las fases de un proyecto, además de acompañarse de medidas específicas para su aplicación y con presupuesto suficiente para ser desarrollada y no quedarse vacía de contenido bajo una supuesta transersalidad (mainstreiming).

5. Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias.

5.1. ¿Por qué hablar de género?

Hablar de género en drogodependencias, como en cualquier otro ámbito, empieza por aclarar dicho concepto y otras nociones desarrolladas por las teorías feministas desde múltiples disciplinas (sociología, psicología, antropología, economía, medicina, etc.). En este capítulo pretendemos hacer una breve introducción, por lo que recomendamos acudir a las fuentes que citaremos a lo largo de la misma.

Tal como se recoge en otras publicaciones específicas sobre género y drogodependencias: "Básicamente, podríamos definir el género como el conjunto de lecturas socioculturales a partir de un dato biológico: el sexo; lo masculino y lo femenino (género) vienen a designar normas, valores, formas de comportamiento, de vestir, de expresarse, sentir, etc. para los dos sexos definidos-designados: hombre y mujer." (Martínez, P. 2008, p.19).(6)

Sin embargo, no podemos quedarnos en esa definición básica, ya que el elemento central que nos desvela este concepto es el de la **desigualdad estructural** entre hombres y mujeres, que es consecuencia de la minusvaloración de un género (el femenino) frente al otro (el masculino): "(...) El sistema sexo/ género nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico. (...) define elaboraciones socioculturales que no son innatas sino construidas y, por ende, modificables (importante cuestión en nuestra labor de intervención); va variando en el tiempo, pero sigue designando dos modelos de socialización dicotómicos y naturalizados en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de exigencia tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones." (Ibíd(7). p. 20).

(6) En esta misma publicación se recogen las reflexiones teóricas en torno al sexo como una lectura socio-cultural, como otra categoría de estratificación social unida indefectiblemente al género, y no como un dato biológico ajeno-previo a la decisión-experiencia humana. Para una mayor profundidad de esta teoría: Fausto-Sterling, Anne (2006).

(7) Ibid: recogido/ extraído del texto o fuente citada previamente.

Y también: “Hablar de género es hablar de un sistema de relación entre los sexos: hombres y mujeres, en una concepción dicotómica de la realidad y las posibilidades del ser humano en dos pares opuestos/complementarios.” (Martínez, P. 2009, p. 21).

El género es un principio de organización social que se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, en continua transformación. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía hombre-mujer (estableciéndola como algo natural y con la heterosexualidad como sistema también naturalizado de organización del deseo), y que conlleva la subordinación de lo asociado al género femenino.

En resumen: el género es un principio de organización social, que se inscribe en la subjetividad - produce identidad, las personas somos agentes de su reproducción en las esferas más íntimas de la vida -, y que se basa en la minusvaloración de lo asociado al género femenino (las mujeres).

Para ilustrar la complejidad de este concepto, podemos emplear un ejemplo práctico: imaginemos un varón y una mujer que han dejado, o dejaron en algún momento de su vida, los estudios académicos y que acceden al mercado de empleo sin cualificación. Él, por el hecho de ser varón, podría acceder más fácilmente(8) a empleos como mozo de almacén, peón de albañil(9), repartidor, etc. Ella: a limpieza, cuidado de personas mayores o niños, etc. empleada de hogar.

Son yacimientos de empleo tradicionalmente masculinos (los primeros) y femeninos (los segundos). ¿Qué condiciones laborales tienen cada uno de estos yacimientos? Los empleos de limpieza y los de cuidado de personas mayores, niños/as, etc. reciben de los salarios más bajos en el mercado, y el Régimen Especial de Empleadas(10) de Hogar se caracteriza por la ausencia de muchos derechos reconocidos para el resto de trabajadores/as (no tienen derecho a cobrar la baja por enfermedad hasta el día 29, no tienen derecho a paro...). Ésta sería una manifestación concreta del género como principio de organización social: la segregación horizontal del mercado de empleo en función del sexo, que colocaría a las mujeres en situación de desventaja, ya que lo asociado al género femenino, y de lo que se han ocupado tradicionalmente las mujeres (los cuidados, la atención a personas denominadas dependientes, etc.) está menos valorado y reconocido. De hecho, tener hijos/as se interpreta como una carga para el acceso al empleo para las mujeres ya que el cuidado recae sobre ellas; mientras que en los varones se observa como indicador de estabilidad y responsabilidad de cara a la conservación del empleo.

Podemos pensar que entonces las mujeres deberían acceder a los otros empleos, como de hecho se persigue con las políticas de igualdad de oportunidades. No obstante, si trabajamos con personas en intervención directa (como en los itinerarios de incorporación socio-laboral en drogodependencias) nos encontraremos con el género inscrito también en la subjetividad e identidad de las personas:

- los posibles estereotipos y prejuicios del empresariado o personal empleador a la hora de contratar a una mujer en puestos que tradicionalmente realizan varones.
- que las mujeres, de forma masiva, quieran desempeñar esas labores. En la definición del objetivo laboral es tan importante lo que quiere y se vea capaz de hacer la persona, como la formación y experiencia que tenga.

(8) No añadiremos otras categorías como la edad, la apariencia física, etc. que intervienen también en el proceso de acceso a un empleo.

(9) Es un ejemplo de yacimiento de empleo independientemente del momento económico actual en que el sector de la construcción ha entrado “en crisis” como fuente de empleo.

(10) En muchos documentos oficiales encontraremos el sustantivo en masculino, lo que invisibiliza que en su mayoría este sector lo componen mujeres. En este texto se emplea en femenino para referirnos a las personas: varones y mujeres.

Estamos asistiendo a un acceso en masa por parte de las mujeres hacia aquellos espacios y tareas tradicionalmente desempeñadas por los varones, ya que se trata de lo valorado en nuestra sociedad. Sin embargo, el acceso en masa a la inversa no se está dando. Supone una pérdida directa de privilegios.

Es necesario un cambio estructural, que implique también un cambio de valores...

Si lo realizamos a la inversa, en un trabajo por la ruptura de roles de género, aparte de que los varones se vean o no (subjetividad) desempeñando ese tipo de tareas; ¿cómo van a querer acceder a empleos que están peor remunerados y reconocidos que otros a los que tienen acceso por el hecho de ser hombres?. Es necesario un cambio estructural, que implique también un cambio de valores.

Actualmente estamos asistiendo a un acceso en masa por parte de las mujeres hacia aquellos espacios y tareas tradicionalmente desempeñadas por los varones en el ámbito denominado público: política, economía[11], etc.; ya que se trata de lo valorado en nuestra sociedad, es fuente de derechos y recursos (y de hecho, como veremos más adelante, está establecido como un supuesto neutral universal). Sin embargo, a la inversa no se está dando, ya supone una pérdida directa de privilegios incorporados (esto es: no conscientes ni problematizados como tales a no ser que se aplique una perspectiva de género).

Además:

- Aquellas mujeres que estén en un ámbito tradicionalmente masculino, como por ejemplo la fontanería, tendrán que demostrar que son muy buenas en esa labor para poder ser admitidas, para poder estar ahí... Sin embargo, hay multitud de fontaneros varones que podríamos calificar de mediocres en la labor desempeñada... ¿Tienen derecho las mujeres a la mediocridad en ámbitos de trabajo masculinizados?

"Entre las manifestaciones de la existencia del sistema sexo/género se encuentra el hecho de que las mujeres, las otras, aparecen definidas por su negatividad, esto es, por la exclusión comparativa con el elemento supuestamente neutral, no marcado. Así lo femenino se entiende como lo específico, lo particular, frente al pretendido universalismo del uno masculino". (Moiras, Sembla, Heliconia, 2007, 24)

- ¿Qué ha sucedido en yacimientos tradicionalmente femeninos cuando sí se ha dado un acceso masivo de varones?, ¿se ha revalorizado el sector y con ello han mejorado las condiciones de todas las personas empleadas en dicho sector? o... ¿se crean espacios independientes, elitistas, y más valorados del lado del acceso masculino? Por ejemplo: peluqueras de toda la vida frente a estilistas; cocineras también de toda la vida frente a grandes chefs; etc. El sistema sexo/género nos explica por qué los hombres obtienen directamente la valoración asociada a su género, aunque se encarguen de otras tareas.

- ¿Deja una mujer de estar sometida a las dinámicas directamente relacionadas con el género por el mero hecho de ocupar un cargo tradicionalmente masculino o desempeñar tareas tradicionalmente realizadas por hombres? Un ejemplo muy ilustrativo es la polémica desatada en enero de 2009 a propósito del traje de la Ministra de Defensa en la celebración de la Pascua Militar[12].

Tanto en el caso de varones como de mujeres, encontraremos excepciones, condi-

(11) El trabajo remunerado no ha sido esfera exclusiva de lo varones, ya que las mujeres obreras y campesinas también trabajaban "fuera del hogar" y nunca han estado sólo presentes en la esfera de lo denominado "privado".

(12) http://www.elmundo.es/elmundo/2009/01/06/espana/1231265193.html.

ciones de vida particulares, pero hablamos de un sistema de organización social que sigue vigente en la actualidad a pesar de los cambios que estamos viviendo.

Otra cuestión imprescindible para hablar del género en nuestra sociedad es que pone de relieve la **invisibilidad** de las mujeres y lo asociado a lo femenino. Esta invisibilización está relacionada directamente con que las personas estamos inmersas en lo que se ha venido a denominar **saber androcéntrico**:

"Desde el Renacimiento en nuestra Historia, el Hombre pasa a ser el centro y medida de todas las cosas; la Ilustración colocaría también en el centro la Razón. Pero Hombre no quería decir hombres y mujeres, ni la Razón estaba asociada a la Mujer precisamente (baste ver textos de filósofos, escritores, etc., de la época). Esa pretendida universalidad del término Hombre, que engloba a varones y mujeres en el conjunto de la Humanidad no hace sino invisibilizar a la mitad del género humano y su existencia. El saber androcéntrico presupone la experiencia masculina como la universal, dejando de lado los saberes y aportaciones de la experiencia femenina (o minusvalorándolos; tómese como ejemplo la guerra y todo lo que la rodea: patriotismo, ejército, etc. Su estudio, su importancia en los libros de historia, qué papel desempeña en nuestra sociedad, presupuesto del Estado destinado a investigación armamentística, Ministerio de Defensa, etc. Han sido actividades tradicionalmente masculinas, y son lo considerado importante –tanto, que nuestra historia se transmite y aprende a golpe de guerras...- Quedan así invisibilizadas todas las cuestiones derivadas del cuidado - tareas tradicionalmente femeninas -, la atención a las personas, los valores derivados de la solidaridad, etc. estableciendo además la guerra como ¿algo inevitable?)" (Martínez, P. 2008, p. 23).

El **lenguaje androcéntrico** emplea un supuesto genérico masculino que reproduce el sistema sexo/ género, impidiendo además su necesaria modificación...

La mera división de papeles en base al sexo podría suponernos o no un problema, pero la cuestión es que esa división, esa diferencia, implica una jerarquía que tiene consecuencias en todas las esferas de la vida de las personas, varones, mujeres y toda persona que se escape o trate de escapar a esta dicotomía. No existe ningún tema neutro que no pueda analizarse desde el prisma del sistema sexo/ género...

La perspectiva de género permite hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como diseñar intervenciones estratégicas que tengan en cuenta este factor. El enfoque o perspectiva de género supone la incorporación de las herramientas necesarias para visibilizar los efectos del género en nuestra sociedad y en las personas, en los procesos macro y en los micro, en una interrelación constante de los mismos.

Para terminar esta breve introducción es necesario resaltar que las mujeres, al igual que los varones, no somos un colectivo. No se puede hablar -aunque de hecho se hace- de las mujeres como colectivo en riesgo de exclusión social. La perspectiva de género propone incorporar las nociones necesarias que permiten analizar el hecho de ser mujer (en tanto que **género**) en esta sociedad como una serie de factores socioculturales que nos sitúan en desventaja de forma **estructural** (muchas veces a través de mecanismos de **discriminación indirecta**). Sin embargo, tanto los varones como las mujeres no somos un grupo homogéneo ya que cada persona está a su vez cruzada por múltiples variables, que también estratifican la sociedad y generan subjetividad: edad, clase socioeconómica, color de la piel-etnia, orientación sexual[13], etc.

El enfoque de género nos permite ver la situación de hombres y mujeres en la sociedad, pero no podemos obviar los efec-

(13) La heterosexualidad es entendida como lo natural-lo normal, y todo lo demás es aquello que se considera enfermedad (aún), se tolera, o se considera cuestión de derechos. Nuestro enfoque, que no podemos exponer en profundidad en estas breves páginas, apostaría por la ruptura de la dicotomía de género, así como de la heterosexualidad como referente de normalidad- natural, en una afirmación de la amplia diversidad humana más allá de hombre/mujer - masculino/femenino.

tos de esas otras categorías y diferencias. Por ejemplo: una mujer de clase socioeconómica elevada sufrirá discriminaciones derivadas directamente del género en relación con los varones de su misma clase socioeconómica; pero frente a un varón de situación socioecónomica más desfavorable que la suya, obtendrá ventajas directamente relacionadas con la clase a las que este varón no tendrá acceso.

En resumen: la perspectiva de género permite hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como diseñar intervenciones estratégicas que tengan en cuenta este factor. Cuando se habla de **enfoque o perspectiva de género** nos referimos a la incorporación de las herramientas necesarias para visibilizar los efectos del género en nuestra sociedad y en las personas, en los procesos macro y en los micro, en una retroalimentación e interrelación constante de los mismos.

5.2. Incorporando algunas cuestiones transversales en drogodependencias.

¿Cómo podemos encontrar factores relacionados con el género en drogodependencias? Dependiendo del recurso desde el cual trabajemos, así como de nuestros objetivos en la intervención, nos encontraremos más unos factores que otros y tendremos que fijar nuestra atención sobre unas realidades u otras. El ejemplo anteriormente expuesto sobre los yacimientos de empleo puede tener más conexiones con alguien que trabaje en la incorporación socio-laboral de personas drogodependientes[14] que con un/a profesional que intervenga, por ejemplo, en espacios de reducción de riesgos con jóvenes. Sin embargo, se trata de mantener en todo momento una visión global: aplicar la perspectiva de género en drogodependencias supone identificar **qué afecta** a los varones y a las mujeres que acuden a nuestros centros y recursos precisamente **por el hecho de ser varones o ser mujeres** (como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad) en esta sociedad, entendiendo cómo afecta eso en sus procesos de drogodependencia, en su día a día, en su motivación para el consumo, en el mantenimiento o abandono del mismo, qué sustancias se eligen, etc.

A pesar de que nuestra atención y objetivos puedan variar de un recurso o programa a otro, existen una serie de elementos que pueden orientarnos y debemos incorporar en cualquier caso.

5.2.1. ¿Aparecen los datos desagregados por sexos?

Debemos desagregar los **datos** por sexos. Siempre y en todos los datos que recojamos-observemos, así como en los **enunciados** que se deriven de la lectura de dichos datos.

Por un lado, se trata de visibilizar estadísticamente las realidades de las mujeres: en muchos estudios e investigaciones han participado sólo o mayoritariamente varones; nuestras memorias de programas recogen datos sin desagregar por sexos (y recordemos que la demanda de tratamiento se sitúa normalmente en un 80% varones y un 20% mujeres); en los espacios de participación juvenil, ¿encontramos el mismo número de chicos que de chicas en las actividades?, etc.

Por otro lado, aunque no haya una invisibilidad estadística y se recojan los datos desagregados por sexos, suelen realizarse enunciados generalistas que en realidad se refieren a la situación de los varones. Por ejemplo: se afirma que la cocaína es la segunda droga ilegalizada más consumida después del cannabis entre la población juvenil. Si examinamos las fuentes de las que se deriva esa afirmación (ESTUDES 2008; EDADES 2008) observaremos que el consumo masculino sigue siendo muy superior al de las mujeres, y que conforme avanzan las edades, mayor se hace esa diferencia. Y si además nos fijamos en otras sustancias, observaremos que entre las mujeres jóvenes y adolescentes de este país, el consumo de hipnosedantes sin receta es mayor que el de cocaína, y que se mantiene en muchos casos en la edad adulta. ¿Por qué depositamos nuestra atención sobre el consumo de cocaína y lo establecemos como un problema juvenil

(14) Y como hemos visto en el ejemplo del empleo, las dificultades a las que se enfrentan las mujeres drogodependientes por cuestión de género es en tanto que mujeres, no que drogodependientes.

generalizado?, ¿es porque no nos genera la misma alarma social el hecho de que un 9,4% de las niñas adolescentes encuestadas hayan consumido hipnosedantes -con y sin receta- en los últimos 30 días, frente al 1,2 % que han tomado cocaína?

Es necesario desagregar los datos por datos por sexos en el análisis de la realidad, en el diagnóstico, en la ejecución, en la evaluación… No podremos establecer un análisis desde el género si ni siquiera tenemos los datos desagregados para observar las posibles diferencias entre uno y otro sexo.

Sin embargo, desagregar los datos por sexo no es hablar directamente de género. No podemos sustituir una expresión por otra.

No se trataría de entrar en un debate sobre si una sustancia es peor que otra[15] sino de analizar cómo aunque no haya una invisibilidad estadística de las mujeres, depositamos nuestra atención sobre una sustancia ilegalizada, las cuales, incluido el cannabis, siguen siendo mayoritariamente o más intensamente consumidas por los varones. ¿Por qué los consumos femeninos se dan de forma mayoritaria en sustancias legalizadas (alcohol, tabaco, psicofármacos) y los de los varones en las ilegalizadas?

Escapa a la extensión de este capítulo entrar en profundidad sobre esa realidad, pero es necesario apuntar hacia la construcción de la masculinidad y la feminidad en nuestra sociedad, los contenidos de género asociados: ¿se educa a las niñas en el afrontamiento del peligro, en la experimentación y exploración de lo que nos rodea, en el riesgo como algo atractivo? ¿o más bien se nos educa en la evitación del conflicto, en la precaución, el miedo a lo desconocido? Todos estos elementos intervienen en los inicios del consumo de sustancias, y vienen directamente derivados de la diferente socialización de género para hombres y mujeres.

No podremos establecer un análisis desde el género si ni siquiera tenemos los datos desagregados para observar las posibles diferencias entre uno y otro sexo. Y así llegamos a la siguiente cuestión transversal a incorporar.

5.2.2. Desagregar los datos por sexos no es hablar de género.

Muchos/ as profesionales hablan de las diferencias percibidas por sexo y las ofrecen como **realidades dadas**: los varones hacen esto, las mujeres hacen aquello. Hay que prestar atención a que no se sustituya una expresión por otra, ya que esto no es hablar del género. El género es una categoría que implica tener en cuenta el por qué de esas diferencias percibidas[16], la compleja relación entre el sistema social, los valores y la identidad y subjetividad de cada persona. La perspectiva de género es un referente analítico, un marco de interpretación de la realidad, como puedan ser las teorías explicativas de los procesos de desadaptación social o el enfoque multisistémico en drogodependencias (Carrón y Sánchez, 1995). Así pues: hablar de diferencias percibidas entre hombres y mujeres es desagregar los datos por sexos. Otra cosa serán las claves explicativas que ofrezcamos para esas diferencias (siguiente cuestión transversal).

5.2.3. La perspectiva de género propone un cambio del sistema.

Es importante, estemos en el recurso que estemos, que tengamos en cuenta que emplear esta perspectiva para el **análisis de la realidad, diseño de proyectos, ejecución y evaluación**, lleva implícita y ex-

(15) Siguiendo el enfoque Multidimensional o Multisistémico propuesto por Carrón y Sánchez (1995) para el análisis de las drogodependencias, sería un debate estéril por otro lado, ya que no tendría en cuenta los múltiples factores - ambiente, cultura de consumo en torno a esa sustancia, valores asociados, etc.- que intervienen en una realidad tan compleja como el consumo de drogas.

(16) Aunque esta cuestión tampoco escapa a la lectura de género: ¿qué tipo de datos recogemos?, ¿qué percibimos? Nuestra observación también construye la realidad.

plícitamente la **voluntad de cambio** de lo que nos rodea, de nosotras mismas y de las personas con las que trabajamos.

Podemos encontrarnos textos, intervenciones y programas que, aunque ofrezcan referentes analíticos- cualitativos e incorporen la palabra género, no estén aplicando perspectiva de género porque:

- carecen de base formativa y teórica;
- aplican análisis generalistas.

Y lo más importante:

- parten de/ reproducen estereotipos provenientes precisamente del sistema sexo/ género.

Un ejemplo de la segunda y tercera cuestión transversal sería afirmar que las mujeres son más prudentes y los hombres son más arriesgados, y que por esta razón se da la diferencia en los consumos según la ilegalidad o no de las sustancias.

Es importante, estemos en el recurso que estemos, que tengamos en cuenta que emplear esta perspectiva para el análisis de la realidad, diseño de proyectos, etc. lleva implícita y explícitamente la voluntad de cambio de lo que nos rodea, de nosotras mismas y de las personas con las que trabajamos. Las explicaciones desde perspectiva de género no deben partir de, ni reproducir, estereotipos de género.

El género ha venido a poner de manifiesto que las cualidades atribuidas a hombres y mujeres son precisamente eso: atribuciones, no cualidades innatas y naturales. Por tanto, afirmar que los varones (o las mujeres) hacen algo porque son esto o aquello (o que es propio de las mujeres tal comportamiento, por ejemplo) no es un referente analítico desde la perspectiva de género, sino una reproducción del estereotipo en tanto que acude a una explicación esencialista del comportamiento humano. Una explicación desde perspectiva de género tendría en cuenta el hecho de la socialización diferenciada que construye subjetividad, y en todo caso lo expondría como contenidos de lo asociado a lo masculino o lo femenino (y que por eso se reproduce principalmente en varones o en mujeres). Así, cuando se habla del consumo de drogas en la población juvenil como forma de enfrentamiento a la autoridad o exploración de los límites y el riesgo, nos están hablando de contenidos de género principalmente masculinos. Eso no significa que no haya mujeres que no se inicien en consumos asociados al riesgo, la puesta a prueba de los límites, etc. pero no será por un contenido de género típicamente femenino, y en ningún caso será igual (ni social ni individualmente) que explore esos límites una chica que un chico. Y sobre esos significados y consecuencias diferenciales por una construcción social del género debemos arrojar nuestra atención.

De hecho, actualmente muchas jóvenes y adolescentes están mostrando pautas de comportamiento y conductas que tradicionalmente venían realizando los chicos. Incluido el consumo de sustancias. Ya hemos referido que por parte de las mujeres se está dando un acceso en masa a los espacios, tareas y demás contenidos asociados al género masculino. Es lo visible-valorado, además de la **referencia neutral de comportamiento**. Sin embargo, cuando se dan consumos problemáticos, ¿recibe la misma sanción social un chico que una chica? Es conocido en el ámbito de las drogodependencias el hecho de la **doble penalización social** para las mujeres consumidoras, sobre todo si sus consumos son problemáticos y visibles socialmente, ya que se les reprueba mucho más que a los varones. Consecuencia directa de esta doble sanción social es la ocultación del consumo o el deterioro cualitativamente significativo de las relaciones familiares. Y ¿realmente son tan homogéneos los comportamientos entre chicos y chicas?, ¿el género ha dejado de intervenir en la socialización humana? ¿Por qué consumen las chicas, con quién se suelen iniciar y para qué consumen? ¿Conocemos esta realidad? Una vez más no son más que preguntas para abrir una reflexión en torno a la invisibilidad de las motivaciones y pautas de consumo femeninos frente a la pauta cultural y estadística del consumo masculino (Meneses, C. 2002; Romo Avilés, N. 2004).

5.2.4. La perspectiva de género no es un tema o punto aparte en un proyecto...

... porque debe impregnarlo todo.

Cuando encontremos un capítulo de una guía como esta, o participemos en un curso en el cual haya un módulo de perspectiva de género, es conveniente reflexionar-observar si está presente en el resto del conjunto de la guía/ curso. La perspectiva de género debe ser **transversal**, estar presente en todo lo que hagamos. Realizar un capítulo o una parte de un curso específicamente sobre perspectiva de género garantiza ofrecer claves específicas y concretas para su incorporación, ya que queda mucho por aprender de ese proceso en drogodependencias -como en tantos otros ámbitos-, y es en esos apartados específicos donde podemos encontrar propuestas para canalizar esa aplicación y compartir herramientas. Pero, y esto es muy importante, eso no significa que por ejemplo sólo aquí, en este capítulo, debamos encontrarla presente...

La perspectiva de género debe estar presente en todas las fases de un proyecto, además de acompañarse de medidas específicas para su aplicación y con presupuesto suficiente para ser desarrollada y no quedarse vacía de contenido bajo una supuesta transversalidad (mainstreaming).

Asimismo, cuando abordemos el diseño de un proyecto, podemos encontrarnos que el género es un tema o punto aparte con sus actividades concretas y presupuesto de ejecución. Que haya un presupuesto destinado específicamente para desarrollar actividades relacionadas con el género es algo positivo, porque si no, no hay recursos para desarrollarlas; pero no si el resto del proyecto adolece de la dimensión de género. El extremo contrario sería que nos quedásemos en la supuesta transversalidad o mainstreaming de género - esto es: que atraviesa todo el proyecto - argumentada en la introducción o justificación del mismo, pero sin medidas concretas y presupuesto para su aplicación...

5.3. Algunos ejemplos para la intervención en drogodependencias.

5.3.1. Prevención.

De cara a la prevención creemos que es necesario plantearse lo siguiente: si problematizamos el género en el consumo abusivo de sustancias, veremos que es un problema eminentemente masculino, aunque se haya dado un aumento del consumo de todas las sustancias entre las mujeres. Sin embargo, no se suele problematizar el género en este sentido: ¿cuánto tiene que ver la formación de la masculinidad en el desarrollo de comportamientos de riesgo, de enfrentamiento con la autoridad y traspaso de límites?(17)

El uso de sustancias es hoy por hoy un rito en cierta medida iniciático en la adolescencia, tanto en chicos como en chicas, pero ¿qué factores, desde perspectiva de género, podemos interpretar en el mantenimiento del consumo o en posibles consumos problemáticos? Como ya señalábamos: el género establece una socialización diferenciada por el hecho de nacer con unas características biológicas u otras, y es en la parte asociada a lo masculino donde figuran toda una serie de conductas y subjetividad ligadas a la agresividad o al menos al manejo de ésta. Parece que para ser un hombre haya que estar todo el rato demostrándolo, y esta demostración se realiza las más de las ocasiones con comportamientos directamente violentos o perjudiciales para la salud de uno y de los/ las demás. Poniendo el acento en la infancia y ado-

(17) Para trabajar en drogodependencias desde perspectiva de género con varones: Moral, B. (2008) y Martínez, P. et al. (2009).

lescencia: ¿cómo enseñamos a los niños a gestionar sus conflictos? Normalmente es en base a la violencia, reforzando comportamientos que no demuestren debilidad (ya que serían asociados a lo minusvalorado: las mujeres): los niños no lloran, pareces una nena, demuestra que eres valiente, etc.

Si problematizamos el género en el consumo abusivo de sustancias, veremos que es un problema eminentemente masculino, aunque se haya dado un aumento del consumo de todas las sustancias entre las mujeres. Sin embargo, no se suele problematizar el género en este sentido: ¿cuánto tiene que ver la formación de la masculinidad en el desarrollo de comportamientos de riesgo?

No son modelos de masculinidad trasnochados y arcaicos. No hay más que examinar los modelos de referencia en la televisión (series, películas...), videojuegos, o estar en contacto directo con adolescentes y jóvenes. La socialización de género permanece y se reproduce, y es ahí donde los agentes sociales concienciados con la importancia de la **coeducación y** la necesidad de la **ruptura de la dicotomía de género** (en el sentido de que deje de ser un factor de socialización basado en dos modelos dicotómicos: hombre/ mujer, de forma que todas las personas podamos desarrollar sin trabas los contenidos –positivos- asociados a uno y otro género) entramos en acción. Talleres de educación para la paz y resolución de conflictos de forma no violenta, educación no sexista, educación en la diversidad de orientación sexual, etc., son herramientas eficaces para la prevención (no sólo, pero también) en drogodependencias, en tanto que favoreceremos el desarrollo de personas responsables, implicadas en lo que les rodea y abiertas a la gran diversidad humana, empezando por sí mismas.

Para examinar en prevención una de las cuestiones transversales que exponíamos en el punto anterior del capítulo, podemos traer a colación también el ejemplo de una campaña del Plan Nacional Sobre Drogas del 2007 (disponible en su Web), cuyo objetivo era la prevención del consumo de alcohol entre adolescentes. Consta de un spot para televisión y dos carteles. En ella se veía a diversos/ as adolescentes en situación de embriaguez y los eslóganes del spot recogían las siguientes frases: “el doble de... ridículo” (con imagen chico); “el doble de... vulnerable” (con imagen chica) “el doble de... tirado” (con imagen chico), “el doble de... inconsciente” (imagen de una moto). La chica aparecía en la imagen con el eslogan “el doble de vulnerable”. Podría ser una alusión a la “peor” metabolización del alcohol en las mujeres (entrecomillamos la palabra “peor” ya que remite a que la referencia es lo masculino- los varones y establece una jerarquía y valoración: mejor/ peor metabolización), pero a casi todo el mundo le remite a la posibilidad de sufrir una agresión sexual por estar bajo efectos de una sustancia. Luego: la chica es vulnerable porque puede sufrir una agresión sexual al estar bebida. El alcohol podrá hacer el doble de... vulnerables a las chicas, pero nada justifica que recibas una agresión: ni que lleves minifalda, ni que estés sola a altas horas de la madrugada, ni que estés ebria. La situación de riesgo no es que pierdas la consciencia o vayas vestida de tal o cual forma, la situación de riesgo es que seguimos reproduciendo una socialización basada en la posibilidad de agresión sobre las mujeres por el hecho de serlo. Aunque se trate de **una campaña que acertadamente incorpora chicos y chicas** (el alcohol es la sustancia, junto con el tabaco, más consumida por las chicas en nuestra sociedad), en su mensaje de prevención reproduce estereotipos de género (ellas: vulnerabilidad; ellos: preocupación por la imagen social). Puede parecernos más o menos grave la incidencia en la imagen social de los varones (“tirado”, “ridículo”) si eso garantiza de alguna forma que el mensaje preventivo ante el consumo pueda llegar, pero el hecho de la violencia sobre las mujeres en nuestra sociedad no puede ser un medio de cara a la prevención de otras cosas (en este caso: el consumo abusivo de alcohol). Es necesario romper con este tipo de estereotipos de género para que puedan desaparecer...

No podemos elaborar mensajes que reproduzcan los estereotipos de género, aunque dichos estereotipos puedan llegar o resultar cercanos a la población diana.

Si los empleamos debemos hacerlo desde un cuestionamiento de base de los mismos.

Para avanzar en los ejemplos de cara a la prevención, centraremos nuestra atención en la planificación de un Programa de Actividades de Tiempo Libre como Alternativas de Ocio Juvenil al Consumo de Sustancias[18] incorporando un enfoque de género para la recogida de la información y el análisis de la realidad...

■ **Enfoque**.

El disfrute y las necesidades de ocio juvenil presentan unas características y problemas específicos relacionados directamente con la edad y cultura de ocio de consumo (en la cual las drogas se enmarcan) en que nos encontramos actualmente.

Un enfoque desde perspectiva de género nos mostrará que, dentro de estas particularidades, las chicas y los chicos mantienen diferencias en el uso del tiempo y el contenido de las actividades de ocio.

■ **Fase de análisis.**

En esta fase será necesario por tanto:

→ Recoger los datos cuantitativos, desagregados por sexo, de las personas que participan en los grupos del barrio/ciudad/pueblo donde queremos implantar nuestro proyecto.

→ Recoger los datos cualitativos, organizando grupos de discusión con las chicas y con los chicos por separado, a fin de identificar los problemas específicos respecto al disfrute del ocio, detectar las necesidades y plantear los objetivos que el programa de actuación ha de lograr en el periodo de dos años (por ejemplo).

(18) Adaptación propia del capítulo 3, p. 41-52, de: *Generando Igualdad. Guía para la incorporación del enfoque de género en actuaciones y programas*. Paloma Álvarez, 2001.

■ **Identificación de los problemas.**

→ Para un gran número de chicas, las relaciones interpersonales y de pareja heteroafectivas son el eje de sus motivaciones para participar en el grupo, y no la actividad en sí.

Así, las jóvenes aparecen como acompañantes a la actividad masculina protagonista, más visible, y en torno a la cual se concentra el ocio grupal: arte callejero-grafitis, deportes, skateboard, rap y hip-hop, etc. Quienes desarrollan estas actividades de forma proactiva suelen ser los varones, y algunas chicas de forma minoritaria.

→ En numerosos casos, las actitudes de las propias chicas respecto a un uso estrictamente personal del tiempo libre, son negativas, reticentes o no comparten que no se dé un uso personal del tiempo en tanto que no separan lo relacional de lo personal. No es un contenido del género femenino el desarrollo personal centrado en una misma, sino que lo es en la entrega a los demás (bien sea a través de la pareja, bien a través de la familia-hijos/as). Encontramos el germen de lo que será el "mito del tiempo privado, el tiempo libre, para las mujeres" (Murillo, Soledad. 1996).

→ La restricción de movimientos y horarios en soledad para las chicas jóvenes (por una cuestión directamente relacionada con el género: la posibilidad de la agresión sexual por el hecho de ser mujer) afecta directamente a las posibilidades de participación y autonomía de las mismas.

No es un contenido del género femenino el desarrollo personal centrado en una misma, sino que lo es en la entrega a los demás (bien sea a través de la pareja, bien a través de la familia-hijos/as). Encontramos el germen de lo que será el "mito del tiempo privado, el tiempo libre, para las mujeres" (Murillo, Soledad. 1996)

De esta forma, el establecimiento de objetivos y actividades para nuestro proyecto se complica un poco más, ya que partimos de una diferencia de género en lo que al acceso al ocio y tiempo libre se refiere. Así, quizás sea conveniente:

- Realizar una programación de actividades que favorezca la participación de las chicas; además de realizar una programación de actividades que resulte atractiva para ambos sexos.
- Crear un grupo de trabajo específico desde perspectiva de género para el abordaje de la participación, el desarrollo personal y la autoestima con jóvenes (mujeres y hombres en espacios segregados y en espacios mixtos).
- Hacer más asequibles las actividades, con programaciones flexibles y diversas en cuanto a su localización y horarios.
- Trabajar sobre la necesidad de espacios personales de ocio.

El fútbol, como el clásico ejemplo de alternativa de ocio saludable (hemos de recordar que en sí mismo no es un factor de protección frente al consumo de drogas[19]), se trata de una actividad cuyo desarrollo se favorece principalmente en varones desde la infancia. Si obviamos esta realidad, estaremos realizando una discriminación indirecta, ya que de "forma natural"[20], serán mayoritariamente chicos los que participen de la actividad.

5.3.2. Atención y tratamiento.

Pasando a la atención y tratamiento, podemos escoger este mismo ejemplo de discriminación indirecta pero esta vez centrado en un Programa de Incorporación Sociolaboral o Itinerarios Integrados de Inserción: si en nuestro programa contamos con cursos de capacitación laboral dirigidos a mujeres, no podemos establecer de forma general que la hora de inicio de los cursos sea las 9:00 a.m. Muchas mujeres tienen hijos/ as a cargo y no los/ as dejan en la escuela hasta esa misma hora, con lo que estaríamos dificultando su acceso a los cursos aunque no lo pretendamos.

En el acceso a los tratamientos y recursos, esta es una realidad muy patente: las dificultades de acceso para las mujeres lo son por una construcción social del género. Los recursos están diseñados desde una perspectiva androcéntrica, y los programas de tratamiento no incorporan muchas de las necesidades que las mujeres presentan en interacción con la adicción y el mantenimiento del consumo.

"Es necesario (...) incorporar los siguientes temas en el trabajo con mujeres drogodependientes:

→ abordaje de consumos invisibilizados,

→ relaciones interpersonales y de pareja,

→ malos tratos, violencia de género,

→ doble penalización social,

→ sexualidad y relación con el cuerpo,

→ maternidad y presencia de hijos/as en el tratamiento,

→ dificultades en el acceso al mercado laboral en tanto que mujeres,

→ autoestima (específicamente por cuestión de género)" (Martínez, P. 2009, p. 62)

En general son cuestiones no incorporadas a los tratamientos. ¿Están los centros preparados para la realidad de la presencia de menores a cargo de las mujeres drogodependientes?, ¿qué intervenciones ponemos en marcha si detectamos que sufren o han sufrido violencia por parte de figuras emocionales de referencia?... El problema es que, en general, en nuestra red carecemos de la formación necesaria para una intervención desde perspectiva de género. Se hace necesaria la formación de profesionales y la adaptación de programas y recursos. La perspectiva de género viene a poner de relieve lo complejo de situaciones de discriminación estructural que las mujeres se ven abocadas a resolver a nivel individual.

De hecho, una publicación editada por Naciones Unidas: Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida,

(19) Como ya hemos señalado son muchos otros factores los que intervienen en el consumo de drogas.

(20) Esto es: invisibilizada en tanto que naturalizada.

en la que se aborda de forma específica un capítulo sobre "Obstáculos para el acceso al tratamiento" (2005, p. 19) ofrece una amplia panorámica, al haber contribuido en su elaboración profesionales de diferentes sociedades y entornos culturales.

En nuestra red carecemos de la formación necesaria para una intervención desde perspectiva de género. Se hace necesaria la formación de profesionales y la adaptación de programas y recursos. La perspectiva de género viene a poner de relieve lo complejo de situaciones de discriminación estructural que las mujeres se ven abocadas a nivel individual.

Coincide en señalar que las mujeres encuentran en general:

"problemas más graves al inicio del tratamiento y posiblemente encuentren más obstáculos que los hombres para acceder a éste. A pesar de las diferencias entre culturas y naciones (...) encuentran frecuentemente los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él. La mayoría de las veces estos obstáculos tienen que ver con sus deberes como esposas o parejas y madres, con las dificultades resultantes de tener un compañero sexual drogodependiente y con la estigmatización sobreañadida que suponen para la mujer los problemas de uso indebido de sustancias." (íbid.)

Esta interesante publicación divide las dificultades en:

→ inherentes a los sistemas,

→ estructurales, y

→ socioculturales/personales,

ofreciendo una visión estructurada en enunciados con cada problemática detectada, y vinculándola a cada uno de estos apartados.

Aunque se trata de una exposición altamente clarificadora, desde este espacio proponemos el análisis de los obstáculos de acceso y permanencia en el tratamiento para las mujeres desde la interrelación de los tres ámbitos: sistemas, estructuras y personas / sociedad. Por ejemplo: no puede representarse un complejo de culpa o el miedo a perder a los hijos (factor personal), por ejemplo, sin tener en cuenta que vivimos y nos convertimos en personas en un tipo de sistemas sociales que convierte la maternidad en fuente de identidad y en mandato y exigencia de género para las mujeres, a la par que las está incorporando a redes de inserción por el empleo (y el problema es que el mercado laboral actual denomina la presencia de hijos y otras personas necesitadas de atención y cuidados como cargas - con la correspondiente connotación negativa en el enfoque de la cuestión–, y no hay políticas que favorezcan la corresponsabilización de varones y sociedad en su conjunto en los cuidados). Son realidades que no pueden disociarse y que deben explicarse en mutua interinfluencia para ser mejor comprendidas e intervenidas.

Para terminar este punto debemos señalar que (tanto en prevención como en atención y tratamiento) siempre que desde nuestro enfoque, planificación y diseño del programa hayamos recogido los datos desagregados por sexos, así como tenido en cuenta la perspectiva de género, nos será menos difícil elaborar indicadores de género en la evaluación, tanto cualitativos como cuantitativos. Un indicador cualitativo nos puede aportar información acerca del cambio de actitudes con respecto a los estereotipos de género en la población con la que intervenimos. Un indicador cuantitativo nos dirá cuántas personas han cambiado de actitud. Unos y otros se interrelacionan y son suceptibles de ser cuantificados –los primeros- y examinados cualitativamente –los segundos-. Será importante en cualquier caso que los indicadores cualitativos se centren no sólo en el cambio actitudinal, sino también en si logramos con nuestra intervención que las mujeres tengan acceso a recursos, beneficios, vivan procesos de toma de decisiones y empoderamiento, etc., así como los cambios que hayan podido producirse en los varones (en el ámbito de lo asociado a la identidad de género masculina, en el incremento de la responsabilidad en tareas asociadas al ámbito de lo privado: cuidados, etc.)

Siempre que desde nuestro enfoque, planificación y diseño del programa hayamos recogido los datos desagregados por sexos, así como tenido en cuenta la perspectiva de género, nos será menos difícil elaborar indicadores de género en la evaluación, tanto cualitativos como cuantitativos.

Así, podemos encontrar ejemplos de aplicación en que los indicadores de evaluación desde perspectiva de género pasen de lo cualitativo a lo cuantitativo con una óptica integral[21]:

- **Orientaciones para las mujeres hacia los yacimientos de empleo.**

Explicar las medidas específicas adoptadas para orientar a las mujeres beneficiarias al mercado de trabajo remunerado.

Indicar el sector hacia el que se las orienta, teniendo en cuenta si es un yacimiento de empleo tradicionalmente masculino, femenino, o mixto, y si esto ha influido en el proceso de orientación de alguna manera.

Explicar las medidas específicas adoptadas con el personal laboral profesional y técnico, que asesora a esas mujeres hacia los yacimientos de empleo, y con las personas responsables de recursos humanos de las empresas, que ofertan los puestos de trabajo a las mujeres beneficiarias. ¿Han recibido y/o tienen formación en perspectiva de género?, ¿se ha trabajado con el tejido empresarial para garantizar que puedan incorporarse a esos empleos sin ser discriminadas por ser mujeres?, ¿Qué se ha hecho?

A partir de este tipo de cuestiones podremos entonces medir los resultados cuantitativos (por número de contratos efectivos), pero no sin antes examinar los posibles procesos de discriminación y si se ha actuado sobre ello.

- **Medidas de conciliación personal y laboral.**

Explicar las medidas dirigidas a fomentar la conciliación familiar, personal y laboral adoptadas en hombres y mujeres beneficiarios/as. Especificar las medidas y el nivel de participación de hombres y mujeres separado por sexo.

La conciliación no debería ser cuestión sólo de las mujeres, de ahí que nos interese recoger si participan los varones, y si no lo hacen, visibilizarlo. ¿Se ha realizado algún tipo de medida dirigida a la sensibilización de la población masculina en relación a ello? Es necesario examinar estas cuestiones, ya que si no sería fácil deducir que la población diana de la conciliación son las mujeres, ya que son ellas las que hacen mayoritariamente uso de este tipo de medidas.

Y: ¿ha habido medidas dirigidas a las empresas? (sensibilización, apoyo en el diseño de planes, etc.)

También queremos recoger si se ha trabajado con las empresas para creación de guarderías, flexibilización de las jornadas, u otras medidas que favorezcan la conciliación. Igualmente, debemos tener en cuenta si esas medidas van dirigidas realmente a la conciliación de la vida personal, o son medidas dirigidas exclusivamente a la empresa (Ejemplo: una guardería que posibilite que los/as trabajadores/as tengan turnos de doce horas no es una medida para la conciliación sino para que la vida personal de los/as trabajadores/as no interfiera en la productividad.).

Unos y otros se interrelacionan y son suceptibles de ser cuantificados –los primeros- y examinados cualitativamente –los segundos-. Será importante en cualquier caso que los indicadores cualitativos se centren también en si logramos con nuestra intervención que las mujeres tengan acceso a recursos, beneficios, vivan procesos de toma de decisiones y empoderamiento, etc.

(21) Adaptación propia de UNAD, 2010, p.51-53.

- **Mecanismos de selección que favorezcan la participación de las mujeres.**

Explicar los mecanismos previstos para favorecer la participación de las mujeres como las cuotas, la prioridad o la exclusividad para favorecer su acceso tanto a la formación como al mercado de empleo, así como en entidades sociales y asociativas de su entorno.

No podemos esperar que el mero hecho de formarlas en yacimientos de empleo tradicionalmente masculinos las posibilite el acceso... Con lo que si queremos evaluar el éxito de nuestra intervención tendremos que realizar acciones positivas específicas.

5.4. Conclusión.

La principal conclusión de este capítulo es que el **género** es una potente **fuerza de socialización humana**. Aunque nuestro horizonte teórico sea su ruptura como dicotomía, no debemos olvidar que las personas estamos inmersas en dicha socialización, con lo que muchas de las diferencias, lejos de eliminarse, que no es el objetivo, deberán ser tenidas en cuenta en todo lo que hagamos.

El principal problema es la desigual valoración que se hace de esas diferencias, y eso sí debemos cambiarlo. Un ejemplo análogo sería el color de la piel: lo blanco y lo negro se ven inmersos en todo un conjunto de significados, que en nuestra sociedad sitúan lo blanco como símbolo de pureza, frente a y por encima de lo negro. Esta dicotomía ha fundamentado todo un sistema de organización racial de la sociedad, que todavía hoy arrastra sus consecuencias para las personas o sigue directamente vigente (de forma más o menos sutil según los países y espacios de relación humana).

Para terminar, quisiéramos recomendar una serie de materiales para la prevención y la atención/tratamiento (recogidos en la bibliografía y recursos del presente capítulo) y citar las "Buenas prácticas en relación a los roles de género en los proyectos" de la guía editada por Cruz Roja (López, I. 2007, p. 63):

→ "No prejuzgar los roles de mujeres y hombres.

→ No reservar los mejores puestos para los hombres.

→ No reservar las mejores remuneraciones o servicios para los hombres.

→ No considerar la experiencia masculina como válida para todos los participantes en el proyecto.

→ No contribuir a reforzar los estereotipos de género como considerar todo lo relativo al hogar como propio de la mujer.

→ Reconocer las dificultades de la conciliación de la vida laboral y familiar y tomar medidas para facilitarla.

→ Valorar el trabajo reproductivo e implicar a los varones en él.

→ Implicar a las mujeres en trabajos tradicionalmente masculinos.

→ Implicar a los hombres en trabajos tradicionalmente femeninos."

Y, por último: procurar una presentación no sexita de ejemplos, fomentando que las mujeres también estén representadas e implicadas entre el personal impulsor o colaborador del proyecto, en las actividades y acciones puestas en marcha, en el material bibliográfico empleado, etc.

La cuestión será lograr todos los puntos anteriores sin que se torne en demagogia ya que en un proyecto podemos encontrar múltiples complejidades que hagan que no se cumpla alguno de ellos. Cuando esto suceda, deberá ser siempre desde la reflexión y la conciencia de su no cumplimiento y por qué.

El género es una potente fuerza de socialización humana. Aunque nuestro horizonte teórico sea su ruptura como dicotomía, no debemos olvidar que trabajamos con personas inmersas en dicha socialización, con lo que muchas de las diferencias, lejos de eliminarse, deberán ser tenidas en cuenta en todo lo que hagamos.

© DepositPhotos/ Fotovincek

6. Conclusiones y recomendaciones.

Este último capítulo tiene como objeto dar cuenta de una serie de recomendaciones útiles a la hora de trabajar con jóvenes que presentan o pueden acabar presentando un problema de consumo de drogas.

Para ello partiremos de los aspectos relativos a los consumos y las intervenciones al respecto, relatados en los capítulos anteriores, continuando con los objetivos que se pueden trabajar con la juventud (desde potenciar factores de protección para que el problema no aparezca, hasta desarrollar recomendaciones relativas a la reducción del daño), las habilidades y/o estrategias a desarrollar por parte de los y las profesionales que vayan a intervenir con esta población, y los recursos e instituciones que brindan el apoyo y los medios necesarios para promover conjunta y coordinadamente un cambio en la juventud: la evitación, eliminación o reducción de las conductas de riesgo.

6. Conclusiones y recomendaciones.

En cualquier intervención lo primero que debemos tener presente es conocer la población con la que trabajamos, aunque eso sí, teniendo siempre presente la casuística concreta de cada joven, pues al fin y al cabo vamos a trabajar con personas concretas, y por tanto, se trata de “material delicado”.

En este caso vamos a trabajar con jóvenes que se encuentran en una situación de riesgo, bien por el desarrollo de un problema de drogas, o bien por la aparición de consecuencias adversas derivadas de su consumo una vez éste se ha ido instaurando (por ejemplo accidentes de tráfico, borracheras frecuentes, etc).

Nuestro primer objetivo cuando intervenimos con personas, es conseguir acercarnos a ellas. Y no nos referimos en un sentido estrictamente físico sino también en un sentido psicológico. La juventud con la que trabajamos debe sentir que no somos personas extrañas y, para ello, la mejor manera es procurar que se sienta entendida.

La empatía es la primera de las herramientas que debemos emplear en nuestro trabajo. Se trata no sólo de entender a la otra persona desde un punto de vista racional, sino también desde un punto de vista emocional.

La empatía no se resume en asentir y poner cara de que entiendes a la otra persona, sino **en ponerte en la piel de la otra persona**, entendiendo desde su historia de vida, por qué actúa y piensa como lo hace.

Debemos recordar que las personas que tenemos delante lo primero de todo son precisamente eso, personas.

Es necesario que éstas se sientan entendidas para que la intervención tenga continuidad.

La empatía es la primera habilidad que debemos desarrollar.

Por muy buenos y buenas profesionales que seamos, si no conseguimos que la persona se sienta escuchada y entendida, no podremos conseguir una nueva intervención, cita, sesión, etc

De esta manera, el primer objetivo es conseguir que la persona que tenemos enfrente "salga de la intervención, de la consulta, mejor que entró". De lo contrario no volverá a acudir.

6.1.El encuadre.

Una vez establecido nuestro punto de partida teórico, en cuanto a la relación con el o la joven, debemos llevar a cabo un posicionamiento con respecto al él o ella. Es lo que se conoce como **encuadre.**

Hay diferentes formas de posicionarnos en función de los siguientes aspectos:

6.1.1. Cercanía respecto al joven.

Se refiere a la adopción de un papel de mayor o menor proximidad respecto al joven.

La asunción de una mayor cercanía permite que la persona que tenemos enfrente se pueda abrir más, dejando claro que no formamos parte de su grupo de amistades o familiares, sino que somos una figura de referencia y apoyo en su proceso de resolución de conflictos.

Debemos posicionarnos en un punto intermedio entre la cercanía familiar y la asepsia profesional.

Por otro lado, hay que evitar actitudes de tipo paternalista. No podemos limitarnos a dar consejos, puesto que esto no surte efecto entre la juventud.

6.1.2. Rol del profesional.

Algunos roles que desafortunadamente se adoptan son errores que, inconscientemente, pone en marcha el o la profesional, y que deben evitarse en la medida de lo posible, puesto que entorpecen la relación con la persona con la que estamos interviniendo:

→ **Paternalismo.**

Supone perder el papel de profesional para convertirse en la figura tutelar del o de la joven, diciéndole lo que debe y no debe hacer.

→ **Rol de experto o experta.**

De manera similar a lo que citábamos anteriormente, a menudo los y las profesionales nos permitimos el lujo de decirles a las personas con las que intervenimos lo que tienen o no tienen que hacer; adoptando un papel de experto o experta en la materia, no dejando que tomen sus propias decisiones ni aprendan a resolver sus propios problemas autónomamente.

→ **Autoritarismo, superioridad e inflexibilidad.**

Nos referimos a la adopción de una autoridad que no nos corresponde, al considerar que debe tratarse al o la joven "con mano dura" puesto que de otra manera no aprenderá, no siendo flexibles (en aquellas situaciones en las que sea posible) a la hora de aplicar las normas y sanciones en la actividad o centro concretos.

La asunción de este rol es más probable que se dé cuando se trabaja en centros con régimen cerrado (comunidades terapéuticas, pisos, unidades hospitalarias de estancias más o menos prolongadas).

→ **Rol del Juez.**

Adoptar una postura en la cual se considere lícito cuestionar las decisiones de la persona con la que trabajamos, desde nuestro punto de vista moral o ético.

En este caso también se pierde la perspectiva de visionar las cosas desde el punto de vista del joven o la joven, dificultando el entendimiento de por qué actúa de determinada manera. En la asunción de este rol se olvida la importancia de la empatía.

→ **Resolver vidas, no problemas.**

El objetivo último de toda intervención es que el o la joven consiga resolver autónomamente una serie de problemas que, previamente, no se veía capaz de afrontar.

En este proceso cuenta con nuestra ayuda, sin entender por ello que nuestro objetivo es reestructurar toda su vida. Hay que

ir abordando los problemas en base a las prioridades que el o la joven establece tras un análisis de su situación y de sus potencialidades. Y es que debemos tener presente, como punto de partida, que nuestro objetivo no es resolverle sus problemas, sino **ayudarle en su proceso personal de resolución** de los mismos.

Por último, señalar que muchas veces habrá problemas que él o la joven no tipifiquen como tales y, por tanto, no querrá abordar. En este sentido, no debemos decirle lo que tiene o no tiene que hacer, sino ayudarle a darse cuenta por sí mismo de las consecuencias que tiene el mantenimiento de un determinado comportamiento de riesgo, una determinada actitud o valor, etc.

6.1.3. Modelo de trabajo (o modelo teórico) seguido por el o la profesional.

En función de la concepción teórica así como de los objetivos de la intervención (informativa, preventiva, tratamiento, reducción del daño, etc.), la forma de intervenir variará.

Así, por ejemplo, si lo que se persigue es educar a la juventud sobre sexo más seguro, es más probable que se adopte un formato de taller grupal, que si lo que se persigue es identificar los desencadenantes de la última recaída de una persona concreta consumidora de drogas desde hace años.

Una vez establecido un correcto encuadre, lo siguiente es conocer cuales son las características de la persona o colectivo con el que vamos a trabajar.

Para ello debemos recopilar la siguiente información:

- Edad, formación, ocupación.
- Relaciones familiares.
- Amistades y grupo de apoyo.
- Tipo de drogas que consumen.
- Frecuencia del consumo.
- Historia de consumo.
- **...**

Se ha de tener presente que no sólo debemos indagar sobre los aspectos problemáticos sino que también debemos conocer los aspectos positivos, recursos, puntos fuertes, hábitos saludables, habilidades, etc. de la persona, ya que será a partir de los que se construyan nuestras intervenciones.

Por mucho que consigamos que el o la joven elimine los aspectos o conductas inadecuadas, desadaptadas, o negativas, **si no conseguimos introducir, instaurar o potenciar hábitos de vida, conductas y relaciones saludables, no conseguiremos que los cambios se mantengan a lo largo del tiempo.**

Esto entra dentro de la línea de lo que se conoce como modelo de **potenciación o empowerment**, donde se parte de los recursos de los que dispone la persona de cara a establecer los objetivos del tratamiento.

Es fundamental establecer un adecuado encuadre del o la joven con la que se está desarrollando la intervención, puesto que éste sienta las bases de la futura relación.

Debemos seguir la máxima de “evaluar para intervenir, y no intervenir si antes no hemos evaluado.

Es requisito esencial partir de los recursos y habilidades de cada joven, ya que sobre ellos se construirá la intervención.

6.2. Establecimiento de objetivos con juventud consumidora de cocaína y alcohol.

Lo primero a tener en cuenta cuando planteamos un programa de intervención es que para su **diseño debemos tener presente, además de las características del colectivo a quien va dirigido, las características concretas de cada una de las personas que conforman dicho colectivo.** De lo contrario, podríamos caer en el error de meter en el mismo saco a todos los y las jóvenes y, como en todos los colectivos, cada persona es única y está condicionada por múltiples variables (grupo de edad, sexo, estatus económico, etc.), por lo que es inadecuado generalizar.

Lo segundo a tener en cuenta es que debemos **adaptar los programas al colectivo con el que vamos a trabajar**, y no al contrario, pues de ser así, se acabarán construyendo programas en el aire.

En todo ello radica la importancia de conocer las características de las personas con las que vamos a trabajar, pues en base a sus problemas y sobre todo en base a sus potencialidades, construiremos el programa.

En tercer lugar debemos establecer como punto de partida los tres ejes centrales de la intervención en drogodependencias:

1. La sustancia.
2. La persona o colectivo que la consume.
3. El entorno social.

Esta tríada se corresponde con los tres objetivos globales que toda intervención en el campo de las drogodependencias debe perseguir: modificar las pautas de consumo, dotar de herramientas para hacer frente a los consumos o implicaciones derivados de ello, y procurar un cambio en el estilo de vida de esta persona/ colectivo.

No debemos pasar por alto ninguno de estos tres ejes en nuestras intervenciones.

Evidentemente debemos descomponer estos objetivos globales en objetivos específicos:

6.2.1. Respecto a la sustancia.

→ **Abstinencia total a todas las sustancias de consumo.**

El objetivo que se persigue es que el o la joven deje absolutamente todas las drogas que consume.

→ **Abstinencia total a la sustancia principal.**

Se persigue el abandono de la droga principal (y la que le está ocasionando más problemas), no abordándose o dejando para más adelante lo que tiene que ver con el resto de consumos.

Como ejemplo, el caso de consumidores de grandes cantidades de cocaína que consumen un porro al día, el cual no quieren dejar (al menos de momento). En este caso se buscará la abstinencia a la coca, pero no se intervendrá, de momento, en el consumo de cannabis

→ **Reducción de la frecuencia y cantidad del consumo.**

Otro de los objetivos que se puede plantear es disminuir tanto la frecuencia como la cantidad de la/s sustancia/s que se consumen, de cara a reducir el impacto de éstas.

→ **Consumo de menos riesgo.**

Se busca reducir el impacto, las consecuencias asociadas al consumo de drogas, no el que se abandone ni reduzca dicho consumo.

Por ejemplo: la campaña “Un conductor cada noche” no intenta que la juventud deje de consumir alcohol, sino reducir los accidentes de tráfico relacionados con dicho consumo. Para ello se conciencia a la juventud de que, en el grupo de amigos y amigas, cada vez que salgan elijan a una persona diferente para conducir esa noche/ día y que ésta sea la que no beba.

6.2.2. Respecto a la persona o colectivo que la consume.

→ **Establecimiento de un vínculo educativo- terapéutico sólido.**

Ésta es una parte esencial para la intervención con cualquier persona, máxime cuando se trata de jóvenes.

Si no somos capaces de establecer una buena y sólida relación, vamos a ser incapaces de generar cambio alguno.

→ **Motivación para el cambio.**

Se trata de conseguir que la persona que tenemos delante conciba la importancia de realizar un cambio en sus hábitos de vida (tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como en cualquier otra conducta-problema).

→ **Análisis de otros problemas.**

No debemos olvidar que las personas no tienen un sólo problema, por lo que se deben analizar otros problemas que ésta pueda presentar, además del que tiene que ver con el consumo de sustancias.

→ **Rescatar potencialidades.**

Como ya señalábamos previamente, es fundamental saber con qué recursos cuenta la persona, ya que serán los cimientos sobre los que se construirá la intervención.

→ **Realización de talleres.**

La realización de talleres es una herramienta muy útil y eficiente en tanto en cuanto a recursos humanos necesarios para llevarla a cabo.

A través de los grupos se pueden trabajar aspectos transversales como la prevención de conductas de riesgo sexual, prevención del VIH, prevención de recaídas, afrontamiento de la presión grupal, etc.

6.2.3. Relativo al entorno social.

→ **Reorientación formativo- laboral.**

A menudo debemos reorientar a los y las jóvenes a otros itinerarios formativo- laborales en función de sus características y, sobre todo, de sus intereses y motivaciones, dándoles alternativas que ni ellos ni sus familiares han contemplado: talleres de capacitación, bachillerato artístico…

→ **Fomento de habilidades de negociación con las familias.**

Una de las cuestiones de las que más se quejan tanto las y los jóvenes como las madres y los padres, es la dificultad para llegar a acuerdos, especialmente en lo que tiene que ver con el cumplimiento de horarios y tareas.

Por ello, debemos trabajar conjuntamente para llegar a acuerdos, aunque sean acuerdos de mínimos.

Por ejemplo, en el caso de un chico de 24 años pasa fuera de casa varios días, no sabiendo nunca su familia que día va a volver, ya que no está dispuesto a avisar de su ausencia. El acuerdo al que se puede llegar es que el joven, cada noche que no regrese a casa para dormir, remita un mensaje de móvil a su familia informando de ello, aunque no especifique la fecha de regreso.

→ **Cambio del estilo de vida a uno más saludable.**

Como ya hemos dicho, si queremos conseguir que los cambios relativos a los consumos se mantengan a lo largo del tiempo, es preciso no sólo que se cambien los hábitos de consumo, sino también que se introduzcan hábitos de vida más saludables, como los relativos a la alimentación, los horarios, responsabilidades, etc.

→ **Reorientación del ocio, rescatando actividades que les motiven.**

Al hilo del cambio del estilo de vida, debemos procurar reorientar el tipo de ocio hacia actividades de corte más saludable.

Para ello partiremos de cosas que le motiven, pues si no es así las actividades no las empezará o, de hacerlo, durará muy poco en ellas.

→ **Involucrar al grupo de pares (o al menos a algún miembro) en el proceso educativo- terapéutico.**

Una estrategia que puede resultar muy útil para conseguir un cambio global del estilo de vida es implicar a algún miembro de su grupo de referencia.

Con esta estrategia conseguiremos que lo que trabajamos con el o la joven se extienda a su día a día, ocasionando además un efecto de “bola de nieve” para con su entorno de amistades.

→ **Asesoramiento y “descarga” familiar.**

Otra de las tareas fundamentales a realizar cuando trabajamos con jóvenes que

consumen sustancias tiene que ver con el establecimiento de sesiones de asesoramiento y orientación a familias que, a la vez, sirvan como descarga emocional para estas últimas.

→ **Intermediación u orientación en aspectos legales.**

Otra de las cuestiones por las que las familias consultan frecuentemente con profesionales tiene que ver con asesoría legal, requiriendo a menudo una derivación a centros de asesoramiento jurídico gratuito.

6.3. La familia, eje central de la intervención, eterna sufridora.

Aunque las intervenciones van dirigidas a los y las jóvenes, no debemos olvidar que tras ellas y ellos se encuentra una familia muy angustiada por los posibles problemas que puede presentar el o la joven a todos los niveles, incluido en lo que respecta a los consumos de drogas.

Pero ¿en qué medida esa preocupación es proporcionada?. La preocupación es real, pero en determinadas ocasiones desmedida.

A menudo las familias acuden a hablar con las y los profesionales porque consideran que el joven o la joven está enganchada a una droga, cuando en realidad sólo consume de vez en cuando.

Esto no significa que las familias deban despreocuparse de los consumos del joven o la joven hasta que ya sea un problema desbordante, sino que los y las profesionales no deben dejarse llevar por las impresiones familiares (sesgadas por el vínculo emocional existente), debiendo tomarlas con mucha cautela para, posteriormente, devolver una opinión profesional y proporcionar el apoyo necesario.

A modo de ejemplo, señalar que con relativa frecuencia hay familiares que acuden a consulta porque consideran que el hecho de que el o la joven haya consumido un porro en las fiestas del barrio o del pueblo le convierte en potencial drogodependiente.

Una de las cuestiones de las que más se quejan tanto las y los jóvenes como las madres y los padres, es la dificultad para llegar a acuerdos, especialmente en lo que tiene que ver con el cumplimiento de horarios y tareas.

En este caso el trabajo del profesional consistirá en asesorar a las familias sobre qué es una droga, qué es un consumo de drogas, y qué es una dependencia.

Sin embargo, también puede ocurrir que nos encontremos con el caso contrario es decir, familias que en lugar de dramatizar el consumo del o la joven, lo minimiza y justifica en base a lo que éste o ésta le cuenta o lo que la propia familia quiere creer.

Así, la primera recomendación es **realizar una correcta valoración de la demanda.**

Otro de los puntos esenciales a trabajar con la familia es **valorar qué información tienen sobre las drogas y sobre el problema del joven o la joven.**

En este sentido debemos educar a las familias en lo que se refiere al consumo de drogas eliminando los mitos y falsas creencias al respecto.

Pero quizá el punto más importante y más difícil de llevar a cabo tiene que ver con enseñarles a **acercarse al o la joven de manera adecuada y en el momento más oportuno** para hablar con él o ella sobre el consumo de drogas.

A continuación vamos a señalar algunas indicaciones que se puede dar a las familias para que aborden adecuadamente el tema:

Aunque las intervenciones van dirigidas a los y las jóvenes, no debemos olvidar que tras ellas y ellos se encuentra una familia muy angustiada por los posibles problemas que puede presentar el o la joven a todos los niveles, incluido en lo que respecta a los consumos de drogas.

- **El acercamiento debe realizarse:**
  - Adecuado al ritmo de la otra persona. Analizar si se encuentra receptiva o no para hablar.
  - No acercarse de la misma manera en la que lo hacemos habitualmente. Cambiar de estrategia.
  - Acercarse desde el mismo plano, ni con superioridad ni con inferioridad. Tan negativa es la condescendencia como la amenaza y la crítica.
- **El ambiente:**
  - Buscar un lugar tranquilo donde poder hablar, donde la conversación no vaya a ser interrumpida, sin distracciones ni gente que se entrometa.
  - Buscar un momento en el que ambas personas se encuentren tranquilas, sin prisas, y en el que ambas tengan ganas de hablar.
  - Preferiblemente hablar sentadas o sentados mejor que de pie.
  - Aprovechar los, denominados, momentos educativos en los que, a partir de situaciones concretas (como noticias en medios de comunicación) podemos abordar aspectos relacionados con el consumo, la autonomía en la toma de decisiones, el afrontamiento de la presión grupal, etc.
- **El propio estado interno de la familia:**
  - Olvidar resentimientos y evitar críticas y emitir juicios.
  - En situaciones de irritación individual, aplazar la comunicación para más tarde.
  - Mostrar apoyo, confianza y empatía.
  - Es importante cuidar el tono y el volumen de nuestra voz.
  - El empleo de los “mensajes yo” es fundamental.
- **El estado del o la joven:**
  - No abordar a la persona cuando ésta se encuentra en estado de intoxicación ya que, en primer lugar, no se encontrará en condiciones de hablar y, en segundo lugar, puede aflorar la irritabilidad (que puede acabar ocasionando una fuerte discusión que no lleva a nada productivo).
  - Es mejor abordarla al día siguiente, cuando ya no esté intoxicada.
  - Si decide que no quiere hablar o continuar conversando sobre el tema, aceptar su decisión; de cara a evitar que se produzcan situaciones tensas y discusiones.
  - Si observamos que se encuentra irritada o enojada, aplazar la comunicación. “No entrar nunca al trapo”. En este caso se optaría incluso por irnos del lugar, pero eso sí, indicando que nos marchamos para intentar calmarnos nosotros o nosotras mismas, no para que se calme él o ella, pues en este caso puede tomárselo como una nueva ofensa y buscará un nuevo enfrentamiento.
- **No debemos olvidar:**
  - Si la comunicación finalmente no se empezó o se tuvo que cortar, dejar siempre una puerta abierta. Es decir, indicarle que cuando quiera, estaremos dispuestos o dispuestas a retomarla, eso sí, evitando decir la conocida frase de “ha-

blaremos cuando tú te calmes" (pues esta frase puede acabar generando más irritabilidad e imposibilidad de retomar más tarde la comunicación). Por eso es importante retomar la comunicación sólo cuando él o ella nos lo pida, no debiendo forzarle a retomarla.

- Reforzar siempre el hecho de haber podido tener comunicación, aunque haya sido breve, pues esto le o la incentivará a que se vuelva a producir una nueva conversación en el futuro.

6.4. Trabajo en red.

La intervención con la juventud puede establecerse desde muy diversos ángulos, al existir gran cantidad de recursos y agentes que pueden, conjuntamente, desarrollar una intervención integral con dicha población.

La multiplicidad de agentes y perspectivas de intervención posibilitan un abordaje integral de los problemas de la juventud (incluido el consumo de drogas). Sin embargo, lo que a priori es una ventaja, puede tornarse en una desventaja y, en última instancia, en un problema cuando se trabaja de manera aislada y descoordinada, pudiéndose duplicar acciones o que éstas se desarrollen en direcciones contrarias.

En concreto, dentro de los recursos de intervención podemos hablar de la existencia de los siguientes ámbitos:

- **Educativo formal.**
- **Socio-comunitario:** centros de servicios sociales, asociaciones, centros culturales, etc.
- **Sanitario.**
- **Legal:** fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, abogados y abogadas, y juezas y jueces.

Si bien dentro de cada uno de estos ámbitos existe coordinación, no suele ocurrir lo mismo cuando hablamos de la coordinación entre los distintos ámbitos.

De cara a conseguir esta coordinación, las mesas del menor son un instrumento muy útil que sirve para dejar constancia de la situación en la que se encuentra el o la joven con la que se está trabajando, e intentar orquestar a los diferentes agentes implicados en la intervención conjunta que repercute en dicho o dicha joven.

En este sentido, establecer sesiones de coordinación con periodicidad mensual podrían ser la solución para que cada profesional evite una actuación parcelada y descoordinada.

Por otro lado, establecer una figura de coordinación global de la intervención facilita se generen sinergias entre las y los agentes implicados en la misma, optimizándose los recursos y acercándose a los objetivos planteados.

6.5. Conclusión.

El verdadero problema con el que nos encontramos en la actualidad tiene que ver con el hecho de que la juventud requiere que se movilicen gran cantidad de recursos para ésta pueda hacer frente a diferentes problemáticas y situaciones actuales relacionadas con el ámbito familiar, académico, social, etc. Por ello, es necesario poner en marcha acciones coordinadas entre las distintas áreas o ámbitos de intervención (educativo formal, socio-comunitario, sanitario y legal), optimizando el trabajo en red.

Para acabar, una última reflexión: la importancia que tiene la creación de actividades y espacios para jóvenes mayores de edad, puesto que los recursos dirigidos a dicho grupo. ¿Acaso una persona con más de dieciocho años (a lo sumo dieciocho y seis meses) deja de necesitar la ayuda que pueda brindarle un educador o educador o educadora de calle, una asociación juvenil, etc.?, o es que ¿damos por hecho que ya no presentan problema alguno cuando cumplen los dieciocho años? O ¿acaso un o una joven va a requerir los mismos esfuerzos, los mismos profesionales, los mismos centros de atención que una persona adulta?.

A menudo contemplamos y tratamos a la juventud como niños o niñas; pero para otras cosas le exigimos que actúe como adultos o adultas. Bonita contradicción. Y este es nuestro punto de partida y nuestro punto y final.

Gráfico 6.1. Agentes y recursos para la intervención con la juventud: Trabajo en red.

CIóN | TRATAMIENTO

ASOCIACIONES

- Culturales.
- De familias.
- Vecinales.

ATENCIÓN SANITARIA

- Atención primaria.
- Atención secundaria.
- Centros especializados de atención al drogodependiente.

ÁMBITO SANITARIO

LEGAL

- Cuerpos y fuerzas de seguridad del estado: Policía Nacional, Guardia civil, Policía Municipal.
- Abogados y abogadas, juezas y jueces.

ÁMBITO LEGAL

© DepositPhotos/ Scyther5

7. Bibliografía y Recursos.

En esta sección se recopilan, desde el capítulo dos al seis, las fuentes bibliográficas a partir de las que se ha desarrollado la presente guía; así como recursos de interés para ampliar la información.

Las fuentes bibliográficas marcadas con un asterisco (*) son de recomendada lectura, al igual que los recursos especificados en cada uno de los capítulos.

Capítulo 2.

Bibliografía:

Blanco García, A. (2010, Abril). *Jóvenes y drogas.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Funes Artiaga, J. (2009, Junio). *Las claves de la cultura adolescente*. Comunicación Congreso: Hablemos de drogas. Familias y jóvenes, juntos por la prevención, Barcelona.

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2009). *Informe anual. El problema de la drogodependencia en Europa.* Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/Informe2009.pdf*

Plan Nacional sobre Drogas (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar: actuar es posible. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Autor.

Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995- 2007*. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf* *

Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2008). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994- 2008. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf* *

VV. AA. (2007). El consumo de alcohol en los adolescentes. Pautas culturales y estilos de vida. Madrid: CREFAT.

Fundación La Caixa y FAD (2009). *Congreso Hablemos de Drogas. Familias y Jóvenes, juntos por la Prevención*. Barcelona: *http://www.congresohablemosdedrogas.es/_index.php?language=es*

Recursos:

National Institute on Drug Abuse: *http://www.nida.nih.gov/nidaespanol.html*

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: *http://www.emcdda.europa.eu/*

Plan Nacional sobre Drogas- Informes del Observatorio Español sobre Drogas: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm*

Capítulo 3.

Bibliografía:

Askagintza (2003). *Drogas al desnudo*. Hernani: Autor.

Centro de Investigaciones Sociológicas (1999). Informe *sobre la Juventud Española, 2000*. Madrid: Autor (Estudio 2370).

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2010, Abril). *Nuevo contexto social. La juventud hoy.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2009). Algunas reflexiones sobre el abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. La importancia de la educación en el consumo de marcas como un medio de prevención en el consumo de drogas*. Revista Española de drogodependencias, 4*.

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2003). La mirada de los padres: crisis y transformación de los modelos de educación de la juventud. Madrid: CREFAT. Cruz Roja Española.

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2001). La crisis del modelo de pacto social. *Revista de Estudios de Juventud: La Noche: un conflicto de poder, 54.*

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (1999). *Los hijos de la desregulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid: CREFAT. Cruz Roja Española. Disponible en: *http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=33,33233&_dad=portal30&_schema=PORTAL30* *

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2009). *Resumen del documento Problemas de drogas, aquí y ahora. La visión de la FAD*. Madrid: Autor.

Gold, M. y Jacobs, W. (2005). Cocaine and crack: clinical aspects. Philadelhia.

Martínez Oró, D. y Pallarés Gómez, J. (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida. Editorial Milenio.

Mc Donald, D.I. (1984). *Drugs, drinking and adolescent*. Chicago: Yearbook Medical Publishers.

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2009). *Informe anual. El problema de la drogodependencia en Europa.* Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/Informe2009.pdf*

Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Autor. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf* *

Promoción y Desarrollo Social (2006). *Moneo. Programa de prevención familiar del consumo de drogas*. Barcelona: Autor. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Moneo.pdf* *

Robledo Montoya, P. (2010, Abril). *Salud y drogas.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut (2007). *Drogues: què cal saber-ne?*. Barcelona: Autor. Disponible en: *http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/not684508.pdf* *

VV.AA. (2007). *El consumo de alcohol en los adolescentes. Pautas culturales y estilos de vida*. Madrid: CREFAT. Disponible en: *www.cruzroja.es/crefat/documentos_crefat/Tomo11.pdf* *

VV.AA. (1997) *La prevención de las drogodependencias en la comunidad familia: actuar es posible*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/pfam.pdf* *

VV.AA. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar: actuar es posible*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/actce.pdf* *

VV.AA (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.* Barcelona: Masson.

Recursos:

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2007). *Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: CEAPA. Disponible en: *http://www.unad.org/upload/92/12/CEAPA-Estilos_educativos.pdf* *

Creu Roja Joventut. Proyecto *Somnit*. Disponible en: *www.somnit.org*

Fundación La Caixa y FAD (2009). *Congreso Hablemos de Drogas. Familias y Jóvenes, juntos por la Prevención*. Barcelona.: *http://www.congresohablemosdedrogas.es/_index.php?language=es*

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: *http://www.fad.es/Home. Instituto de adicciones de Madrid Salud (2006). Manual de formación de mediadores sociales*. Disponible en: *http://www.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicanes.pdf*

Capítulo 4.

Bibliografía:

Vigil Morán, A. (2010, Abril). *Filosofía de la reducción de riesgos y minimización de daños.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Ania Palacio, J. M. (2007). *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud.* Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de sanidad y Consumo.

Arana, X. y Germán, I. (2002). Programas de testado de sustancias: Intervención en reducción de riesgos y daños como estrategia de prevención en materia de drogas. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. EGUZKILORE, 16, 153-195.

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre Drogas.

Burkahrt, G. (2002). Políticas europeas: Posibilidades y límites *Gakoa*. 105-128.

Caballero Martínez, L. (2005). *Adicción A Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A. (2001). *Replantear la prevención de uso recreativo de drogas.* Comunicación: IV Jornadas de drogas de Bilbao, Bilbao.

Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Paidos.

Casete Fernández, L. (2010, Abril). *Herramientas diagnósticas, terapias y enfoques para el tratamiento psicológico.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Cavalcanti, L. (1995). Drogodependencias y trabajo comunitario: del difícil arte de conciliar lo conflictivo. La experiencia de la asociación EGO de París. Comunicación: II Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario, Cádiz.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. (2006). *Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía*. Sevilla: Autor.

Cruz Roja Juventud: *www.cruzrojajuventud.es*

Del Nogal, M. A. y San Macario, M. (2010, Abril). *Agentes y recursos para la intervención en red.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Díez García, R. (2010, Abril). *Prevención: nuevos enfoques y tipologías. Habilidades sociales y para la vida.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Gonzalo Urtasun, G. (2010, Abril). *Prevención Familiar Selectiva del Consumo de Drogas.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Edex: *http://www.edex.es/jovenes_drogas/default.html*

Fernández Rodríguez, S. (2010, Abril). *Agentes y recursos para la intervención en red.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: *www.fad.es*

Fundación Gaudium: *http://www.fundacion gaudium.es/es/*

Fundación La Caixa: *http://www.hablemos dedrogas.org/es/hablemosenfamilia*

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2008). *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya: Consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències.

Gordon, R. (1987). An operacional classification of disease prevention. Preventing.

Grup Igia (2000). Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona: Igia.

Instituto de adicciones de Madrid Salud. (2006). *Manual de formación de mediadores sociales*. Madrid: Madrid Salud.

Junta de Castilla y León. Programa Dédalo. Prevención familiar selectiva del consumo de drogas. Disponible en: *http://www.dipsanet.es/bienestarsocial/index.asp?id_categoria=277*

Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

Mayorgas Quintana, M. J. (2010, Abril). *Prevención y Tecnologías de la Información y la Comunicación.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Minno, A. (1993). Las estrategias terapéuticas en el abuso y dependencia de drogas en Peyraube, R. (2000) *El modelo de Reducción de Daños.*

Mugford, S. (1992). ¿Conduce la reducción de daños hacia donde sus promotores imaginan?. *En La cultura de la drogas en la sociedad del riesgo*. Grup IGIA. Barcelona. 26-36.

NIDA (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones.* Disponible en: *http://www.nida.nih.gov/nidaespanol.html*

Organización Mundial de la Salud (1998). Comité de expertos de la OMS en farmacodependencias. 30º informe. Ginebra. Disponible en: *http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf*

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.

Pastor, R. et al (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, 15 (2), 159-164.

Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Autor. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf* *

Plan Nacional sobre Drogas (2009). Estrategia Plan Nacional sobre Drogas 2009- 2016. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf*

Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor.* Madrid: Autor.

Promoción y Desarrollo Social (2006). *Moneo. Programa de prevención familiar del consumo de drogas*. Barcelona: Autor. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Moneo.pdf* *

Proyecto Hombre: *http://www.proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=58&Itemid=75*

Sánchez Rodríguez, A. (2010, Abril). *Estudio y evaluación de la intervención con la juventud.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Serrano Rivas, M. P. (2010, Abril). *Estudio y evaluación de la intervención con la juventud.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

Torjman Sherri, R. (1986). Preventing in the drug field. Essential Concepts and strategies. Toronto: Addiction Research Foundation.

Subdirecció General de Drogodependències. (2007). *Drogues: què cal saber-ne?.* Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut.

Torres Hernández, M. A. (2010, Abril). *Diagnóstico, modalidades de tratamiento y abordaje terapéutico.* Comunicación Curso: Formación de Equipos para la Intervención con Jóvenes Consumidores de Alcohol y Cocaína, Madrid.

VV.AA. (2004). *Prevención de la A la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Barcelona: Centro de estudios sobre promoción de la salud.

VV.AA. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

VV.AA. (1994). *Stages of change ad decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology*, 13.

Recursos:

Instituto para el Estudio de las Adicciones (2010): *http://www.lasdrogas.info*

Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Programas de atención para drogodependientes y de apoyo a la incorporación social. Recursos específicos de atención para drogodependientes*. Madrid: Autor. Disponible en: *http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/pdf/RecEspecifAtenDrogodep.pdf*

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras toxicomanías (Socidrogalcohol): *http://www.socidrogalcohol.org*

Capítulo 5.

Bibliografía:

Altable Vicario, C. (1998). Penélope o las trampas del amor. Por una coeducación sentimental. Valencia: Nau llibres.*

Álvarez Álvarez, P. (2001). Generando Igualdad. Guía para la incorporación del enfoque de género en actuaciones y programas. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.*

Amor, P. J. et al (2007). *Violencia de pareja y adicción a drogas en Centros de Día.* Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias.

Amoroso Miranda, M. I. et al. *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos.* Barcelona: Icaria.

Bosch Fiol, E. et al (2006). El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Barcelona: Anthropos.

Carrón, J. y Sánchez, L. (1995). Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes. En *El educador social y las drogodependencias* (pp. 42-45). Madrid: GID.

Castaños Izquierdo, M. et al (2007). *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género.* Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la Mujer.*

Chait, L. et al (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*, 7 (2), 104-130.

Comas D'Argemir, D. (1995). Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Barcelona: Icaria Antropología.

Cruz de la, M. J. et al (2001). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos.* Las Palmas: Colego Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

De la Cruz Godoy, M. J. y Herrera García, A. (2002). *Adicciones en Mujeres.* Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.

Del Río, S. (2004). *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel*. Madrid: CAES. Disponible en: *http://www.nodo50.org/caes/articulo.php?p=113&more=1&c=1*

Del Valle Murga, M. T. (1999). Proceso de la memoria: cronotopos genéricos. Revista de Ciencias Sociales, 19, 211- 225.

Ettorre, E. (1996). ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de substancias y la salud de la mujer. En Wilkinson, S. y Kitzinger, C. *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós Contextos.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.

Foucault, M. (1980). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo XXI.

Fundación Instituto Spiral (2000). *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Lagarde de los Ríos, M. (2001). Claves feministas para la negociación en Para mis socias de la vida. *Colección Cuadernos Inacabados* nº 48, 2005.

Lagarde de los Ríos, M. (1989). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2ª reimpresión 2003.

López Méndez, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social. Madrid: Cruz Roja Española.**

Martínez Redondo, P. (2009). Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Madrid: Horas y Horas.*

Martínez Redondo, P. et al. (2009). *Masculinidad y Adicciones en Centros de Día. Guía Metodológica para trabajar en Centros de Día de Adicciones.* Navarra: Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas.

Martínez Redondo, P. (2008). *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. Pamplona: Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: *http://www.asecedi.org/genero.htm*

Meneses Falcón, C. (2002). Mujer y consumo de drogas. Revista electrónica *Iglesia Viva*, 209.

Moiras, Sembla, Heliconia (2007). Con vistas a la Igualdad. Guía Didáctica, Talleres de Igualdad y Educación No Sexista. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.*

Moiras, Sembla, Heliconia (2005) Con vistas a la igualdad. Talleres de Igualdad y Educación No Sexista. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Naciones Unidas (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. Disponible en: *http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_es.pdf*

Nieto, M. A. (2004). *Violencia y consumo de cocaína*. Adicciones, 16 (1), 46-47.

Olmeda Valle, A. y Frutos Frutos, I. (2001). *Teoría y Análisis de Género. Guía. Metodológica* para trabajar con g*rupos*. Madrid: Asociación Mujeres Jóvenes.*

Orte, C. (2000). *Sexualidad en la mujer adicta.* I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid: Instituto de la Mujer.

Plan Nacional Sobre Drogas (2008). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES).* Madrid: Autor.

Plan Nacional Sobre Drogas (2008). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Madrid: Autor.

Rodríguez, M. et al (2005). Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid.

Romaní, O (1999). La construcción social del problema de la droga. Barcelona: Ariel.

Romo Avilés, N. y Gil García, E. (2006). Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 243-50.

Romo Avilés, N. (2004). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías*, 5.

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente y Martínez, P. (2010). Investigación sobre las dificultades de acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Urbano Aljama, A y Arostegi Santamaría, E. (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

Valls Llobet, C. (2006). *Mujeres Invisibles. Barcelona:* Mondadori.

Velasco Arias, S. (2002). Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Madrid: Instituto de la Mujer.

Recursos:

Asociación de Entidades y Centros de Día de Drogodependencias (2009). *Masculinidad y Adicciones en Centros de Día. Guía Metodológica para trabajar en Centros de Día de Drogodependencias.* Navarra: Asociación de Entidades y Centros de Día de Adicciones. Plan Nacional sobre Drogas.

Asociación de Entidades y Centros de Día de Drogodependencias (2008). Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias. Pamplona: Asociación de Entidades y Centros de Día de Drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: *http://www.asecedi.org/genero.htm*

Bosch Fiol, E. et al (2006). El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Barcelona: Anthropos.

Capítulo 6.

Bibliografía:

Becoña, E. y Vázquez F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis.* Madrid: Síntesis.

Cabrera Bonet, R. y Torrecilla Jiménez, J. M. (2002). *Manual de drogodependencias.* Madrid: Consejería de sanidad. Agencia Antidroga.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.

Espada Sánchez, J. P. y Méndez Cariillo, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.

Fundación de Ayuda contra la drogadicción: *http://www.fad.es*

Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.

Lázaro Ezquerra, E. E. (Coord.) (2000). *Guía de mediadores en prevención de drogodependencias.* Madrid: Mando regional Centro y Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.

Macia Anton, D. (1998). *Las drogas: conocer y educar para prevenir. Madrid:* Pirámide.

Plan Nacional Sobre Drogas (2001). *Drogas + información - riesgos. Tu guía.* Madrid: Autor.

Plan Nacional Sobre Drogas: *http://www.pnsd.msc.es/*

Secades Villa, R. (1998). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Weil, A. y Rosen, W. (2002). *Del café a la morfina*. Barcelona: RBA.

Wasthon, A.M. (1995). *La adicción a la cocaína*. Barcelona: Paidós.

© Cruz Roja Española ▪ 2010

Financiado por:

www.cruzroja.es 902 22 22 92

Humanidad Imparcialidad Neutralidad Independencia Voluntariado Unidad Universalidad