



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

LA DROGODEPENDENCIA EN ANDALUCÍA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO. EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Alumno/a: **María Ortiz Toledano**

Tutor/a: Anna M^a Rucabado Sala
Dpto: Psicología

Febrero, 2016

RESUMEN

El consumo de drogas por parte del ser humano ha existido desde siempre, aunque bien es cierto que con distintas formas y tipos de consumo. A raíz de los continuos cambios sociales de las últimas décadas, los avances de la tecnología o la intrusión de los medios de comunicación, son muchos los cambios que se han producido y han afectado al ámbito y hábito de la drogodependencia, así se ha que hay diferencias tanto en el género de la persona que consume, la edad del consumidor y, por supuesto, las sustancias de consumo.

La realización de este trabajo va a tener como fin principal el análisis de la evolución de la drogodependencia en Andalucía a través de un análisis bibliográfico, documental y de base de datos en la última década.

El estudio se realizará centrado en tres puntos: la edad media de inicio en el consumo, la evolución del consumo en el principio del siglo XXI, y el estudio de esta evolución según sexo y según tipo de adicción, todo ello, tal y como se ha mencionado, en Andalucía.

El rol del trabajador social en el ámbito de la drogodependencia es otro de los puntos clave en este trabajo, sus funciones y las características de la intervención desde el Trabajo Social.

Índice

1.	JUSTIFICACIÓN.....	4
1.	MARCO CONCEPTUAL.....	4
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.	Clasificación de las drogas.....	7
2.2.	Formas de consumo.....	9
2.3.	Factores de riesgo para el consumo.....	10
2.3.1.	Factores familiares.....	10
2.3.2.	Factores sociales.....	10
2.3.3.	Factores personales.....	11
2.3.4.	Factores laborales.....	11
2.4.	Motivaciones para el consumo.....	11
2.5.	Consecuencias sociales de la drogodependencia.....	12
2.6.	Las drogas en el tiempo.....	14
3.	MARCO NORMATIVO.....	15
4.	OBJETIVOS.....	17
4.1.	Objetivo general.....	17
4.2.	Objetivos específicos.....	17
5.	METODOLOGIA.....	17
6.	RESULTADOS.....	18
a.	Edad media de inicio en el consumo según tipo de adicción en Andalucía.....	18
b.	Evolución de las personas consumidoras según tipo de adicción en Andalucía.....	19
c.	El consumo según el sexo en Andalucía.....	20
7.	ESTUDIO DE LOS RESULTADOS.....	21
a.	Edad media de inicio en el consumo según tipo de adicción el Andalucía.....	21
b.	Evolución de las personas consumidoras según tipo de adicción en Andalucía.....	22
c.	El consumo según el sexo en Andalucía.....	23
8.	CONCLUSIONES.....	24
9.	EL TRABAJO SOCIAL Y LA DROGODEPENDENCIA.....	25
9.1.	Programas de tratamiento.....	30
9.2.	Proceso de atención a las drogodependencias.....	32
10.	BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS.....	36
10.1.	Bibliografía normativa.....	39
10.2.	Índice de ilustraciones.....	39

1. JUSTIFICACIÓN

El trabajo que se presenta, supone el colofón de los estudios de Grado en Trabajo Social, realizados por la autora del presente trabajo. A lo largo de la carrera se ha tenido acceso a conocer distintos ámbitos y aspectos del quehacer desde el Trabajo Social aunque, ha sido el ámbito de las drogodependencias, por el que me he decidido para trabajar más profundamente.

Mi interés sobre el tema de drogodependencia se generó a través de unas prácticas voluntarias en Proyecto Hombre de Córdoba durante el verano. Después de mi estancia en el centro, quedé sorprendida respecto a la franja de edad y a las características que presentaban los usuarios ya que no eran acordes a la idea que yo tenía sobre este colectivo. Por esta razón, me vi motivada a buscar respuesta a mis preguntas e indagar sobre el tema ya que considero que la drogadicción es un tema muy importante para el Trabajo Social por la afectación social que supone.

El trabajo se desarrollará a partir de una revisión bibliográfica. En primer lugar, se llevará a cabo un marco teórico para tener un previo conocimiento sobre la problemática de la drogodependencia. En segundo lugar, se hará el estudio bibliográfico de la evolución con su correspondiente evaluación de los datos obtenidos. Por último, se abordará el rol del Trabajo Social en el ámbito de la drogodependencia.

1. MARCO CONCEPTUAL

Para poder adentrarme en el tema de las drogodependencias, considero importante realizar una introducción epistemológica en la que se plasmen los conceptos claves más importantes.

En primer lugar, se muestra la definición de droga y de dependencia de forma individual. Por un lado, la droga se entiende como “una sustancia que puede modificar el pensamiento, las sensaciones y las emociones de la persona que la consume. Las drogas tienen la capacidad de cambiar el comportamiento y, a la larga, la manera de ser.” (Obra Social "La Caixa", 2015)

Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría, “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”, además, señala que “existe un

patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una indigestión compulsiva de la sustancia”. (American Psychiatry Association, 1995)

Cuando se habla de sustancias psicoactivas, se refiere a las sustancias que consumidas, tienen consecuencias en el sistema nervioso central dando lugar a determinados cambios en sus funciones. Algunos de los cambios que producen pueden ser la modificación del estado anímico o la alteración en las percepciones.(Observatorio de Drogas de Colombia, 2015)

Actualmente, existen tres tipos de dependencia a sustancias psicoactivas, aunque no se pueden entender uno separado del otro ya que, aunque cada uno tiene unas características propias, los tres tienen como fin último la obtención y consumo de la sustancia.

El primer tipo es la llamada dependencia psicológica que es causada por todos los tipos de droga y viene dada por el estado de afán o deseo de consumir ya sea con motivo de búsqueda de los efectos que genera la droga o como método para evitar el malestar causado por la misma. Hace que la persona traslade o segregue cualquier otra actividad de interés que realizase anteriormente. El segundo tipo, es la dependencia física, que recibe actualmente el nombre de neuro-adaptación, está relacionada con los cambios que el organismo ha generado a raíz de un consumo continuado a nivel fisiológico (funcionamiento de los órganos), a nivel neuronal (conexiones nerviosas) y a nivel estructural (modificación en la estructura de los órganos, como el hígado o el riñón). Esto genera una adicción que se traduce en trastornos cuando se deja de consumir, no sólo psíquicos sino también físicos, dependiendo del tipo de droga que se haya estado consumiendo.

Por último, tenemos que mencionar la dependencia social la cual hace que el consumo genere en la persona, la sensación de pertenencia a un grupo, lo cual se convierte en fuente de satisfacción afectiva y por lo tanto, pasa a ser dependiente del hábito. (Martín & Lorenzo, 2009, págs. 11-13)

A raíz de estos dos conceptos, podemos decir que “la dependencia a la sustancia crea en el individuo un estado de esclavitud dando lugar a la drogodependencia en sí. En este punto, se puede decir que la drogodependencia o farmacodependencia es una patología ocasionada por el consumo excesivo y frecuente de drogas. La drogodependencia es considerada una patología que implica deterioro físico, psicológico y social además de la propia dependencia en sí, y se caracteriza por una fuerte necesidad de la persona de consumir drogas.” (Non-Drug, 2015)

En el proceso de la drogodependencia se diferencian tres etapas. La primera de ellas, la etapa de iniciación en el que se lleva a cabo un consumo ocasional en el primer contacto con la sustancia, se convierte en placentera y por lo tanto se traduce en un hábito reiterativo. Una etapa más avanzada es la de afirmación, en la que la persona reconoce y busca los efectos que la sustancia le provoca llevando a un consumo habitual de la misma. Por último, se llega a la etapa de dependencia, en la cual el sujeto está inmerso en alguno de los tipos de dependencia antes mencionados.

Para terminar, debe saberse que la drogodependencia, siempre crea en el individuo una actitud de adicción, entendiendo como adicción, la patología caracterizada por el desarrollo de una conducta de búsqueda y consumo de una determinada sustancia (droga), que se establece de forma crónica y progresiva y se mantiene a pesar de las consecuencias adversas que ocasiona. (Pons & Berjano, 2010)

Por otro lado, según la RAE, la abstinencia se define como “el conjunto de síntomas provocado por la reducción o suspensión brusca de la dosis habitual de una sustancia de la que se tiene dependencia.” (RAE, 2015)

Hay que señalar que, aunque en este trabajo esté hablando de drogodependencia o adicciones en referencia al consumo de una sustancia, existen también adicciones sin sustancias que cada vez más están teniendo una mayor visibilidad. Éstas, reciben el nombre de adicciones comportamentales y entre ellas las que más destacan son las adicciones al juego, al uso de internet, abuso de la tecnología, etc. (Corral & Echeburúa, 2010)

2. MARCO TEÓRICO

Las drogas han existido siempre, pero su uso ha tenido distintas formas. Desde la antigüedad, se conoce que las sociedades utilizaban psicoactivos con un fin mágico, ritual o religioso, pero pocos son los que hablan del tema.

No es hasta el S.XIX, cuando a través de los avances tecnológicos, las drogas empiezan a tenerse en consideración. En esa época, ya aparecen en la literatura personajes con adicciones como por ejemplo, Sherlock Holmes y finalmente, en el S. XX, el tema de las drogas es reconocido por toda la sociedad lo que permite que se hable de drogas abiertamente, facilitando así su tratamiento.

En el mundo occidental los que empiezan a incluir la droga en la literatura son los anglosajones. En España, en los años de la dictadura, existía censura que no permitía sacar a la luz noticias sobre el tema. Más tarde, durante los años 70, se empezó a hablar de las drogas como adicción y no como enfermedad, hasta que ya en los años 80, se había instaurado el término droga en nuestra geografía.

Al igual que en España, en Andalucía, también se inicia el consumo de forma abierta a partir de los años 80 y 90, a través de dos causas principales:

La irrupción de nuevas drogas en nuestro contexto cultural como el hachís, la heroína, la cocaína y más tarde las denominadas drogas sintéticas o de diseño (MDMA, speed, etc.) y el abuso de sustancias como el alcohol, que puede llegar a generar un problema de adicción hasta llegar a tener características similares a la droga. (Sánchez, 1995, pág. 2)

Como consecuencia a los numerosos efectos negativos que el consumo de drogas estaba dando lugar, se disparó una alarma social que situó al problema de las drogodependencias como uno de los más importantes a tener en cuenta desde mediados de los años 90. (Nafría, 2015)

Como resultado de todo este proceso, en Andalucía empiezan a crearse los Centros provinciales de Drogas, uno de los primeros es el de Granada -1987-. (Diputación de Granada, 2016)

“Las drogodependencias vienen considerándose entre los problemas más graves en el orden internacional a nivel socio-sanitario, a consecuencia del coste que causa a la comunidad en vidas humanas, padecimientos psíquicos, conflictividad familiar, absentismo laboral, actos delictivos, enfermedades derivadas directa o indirectamente de su uso y abuso.” (Osuna, 2005)

Debido al impacto social que las drogas han ido generando en nuestra sociedad a lo largo del tiempo, se considera bastante importante estudiar el porqué de la evolución que se lleva a cabo en la drogodependencia, así como las distintas formas de prevención e intervención social se pueden aplicar a dicho problema.

2.1. Clasificación de las drogas

Una primera clasificación de las drogas que se encuentra en todo tipo de documentos que se leen, es la diferenciación por el carácter de permisividad legal de su consumo, así las

denominan: drogas legales y drogas ilegales. La diferenciación que hay entre ellas viene dada por el hecho de que las drogas legales, están vinculadas al uso doméstico y cultural, y su uso, no plantea resultados nefastos, aunque sí su abuso, de ahí a que se considere droga legal. Por su parte, las drogas ilegales, generan determinados trastornos, y su uso debiera ser fundamentalmente terapéutico

De esta manera, las conocidas como drogas legales más importantes son el alcohol y el tabaco. No obstante, dentro de este grupo también se encuentran las drogas como la metadona o la codeína bajo el uso médico de ambas. Aunque el consumo de drogas legales esté permitido, tiene algunas restricciones en España como la prohibición de su venta a los menores de 18 años.

En segundo lugar, “las drogas ilegales son el resto de drogas que tienen un consumo ilícito por la ley como son el cannabis, la cocaína o éxtasis o entre otras. El hecho de que algunas drogas sean consideradas ilegales tiende a ocultar (por la opacidad de los mecanismos de distribución y comercialización) el negocio y el poder que representa su mercado.” (Obra Social "La Caixa", 2015)

La clasificación de las drogas ilegales, se puede dar en relación a una serie de variables distintas que han ido evolucionando de forma que también lo ha hecho la sociedad. Aunque en este caso, la clasificación que más nos interesa, es la que se hace en relación a la influencia que la sustancia provoca en el Sistema Nervioso Central, en adelante (SNC), de la persona que la consume. De esta manera, la clasificación de las drogas según M. Martín del Moral y P Lorenzo Fernández (Martín & Lorenzo, 2009) quedaría fijada de la siguiente manera:

1. Depresoras ó psicolépticas: son las que demoran las funciones del sistema nervioso de la persona, así como la reducción del ritmo de las funciones corporales. Suelen ser las drogas que hacen que los reflejos queden disminuidos, dan sueño y en grandes dosis, pueden dar lugar al coma e incluso la muerte. Las drogas más destacables en esta clasificación, son el alcohol, los opiáceos o los hipnóticos.
2. Estimulantes ó psicoanalépticas: son las drogas opuestas a las depresoras. Éstas, agilizan el SNC dando lugar a un acrecentamiento del ritmo funcional del organismo. En este grupo se hace una segmentación entre estimulantes mayores (cocaína y anfetaminas) y estimulantes menores (nicotina, cafeína y teína).

3. Alucinógenas ó psicodislépticas:son las sustancias que generan una distorsión de las percepciones reales llegando en algunos casos a provocar alucinaciones. Entre ellas, se pueden encontrar MDMD, LSD, hachís o drogas de síntesis.

2.2. Formas de consumo

Este es un apartado importante, puesto que las distintas formas de consumo que cada persona tiene con la sustancia, da lugar a la dependencia que crea en cada uno de ellos. Las principales formas de consumo que existen actualmente según los citados autores (Martín & Lorenzo, 2009)son las siguientes:

1. Experimental: se basa en un consumo casual durante un pequeño periodo de tiempo, es decir, cuando se tiene una relación inicial con la sustancia pero luego no se vuelve a consumir. “Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias”. Puede ser motivado por varias razones: por una conducta integradora (sentirse parte de un grupo), una conducta adolescente (curiosidad) o una conducta iniciática (sentirse adulto).
2. Ocasional: se trata de un consumo interrumpido con cantidades de la sustancia importantes. Según la motivación para el consumo ocasional, se pueden hacer dos grupos. El primero de ellos es un consumo de tipo socio-recreativo en el que se busca la pertenencia a un grupo principalmente. Por otro lado, está el tipo de consumo circunstancial-situacional cuyo fin es el alcanzar los rendimientos obtenidos tras el consumo de la sustancia.
3. Habitual: éste es un consumo diario de la sustancia con dos intenciones principales. En primer lugar, aliviar el malestar generado por la dependencia psicológica que la droga le ha provocado. En segundo lugar, por mantener el rendimiento alcanzado a raíz del consumo.
4. Compulsiva: el consumo en esta forma, es un consumo repetitivo varias veces al día que produce en el comportamiento de la persona trastornos importantes. El consumo genera un estado de shock en la persona dejándola sin iniciativa para hacer frente a sus problemas y aislarse socialmente.

Para terminar, se quiere señalar que la forma máxima de consumo a la que puede llegar una persona es la sobredosis. Ésta, tiene lugar cuando se consume una dosis superior a la que el organismo puede tolerar dando lugar a un cuadro de intoxicación. Los efectos que puede

producir son muy variados con la posibilidad de afectar profundamente al organismo y en ocasiones, llegando incluso a la muerte. (Martín & Lorenzo, 2009)

Tanto la forma de consumo experimental como la ocasional, son formas episódicas de consumo que por lo general no llegan a problemas más importantes. El problema de drogodependencia, aparece en los dos últimos tipos, el habitual y el compulsivo. Estas dos últimas formas de consumos son crónicas y por lo tanto, su consumo es a través del tiempo, por lo que crea una gran dependencia en las personas.

2.3. Factores de riesgo para el consumo

“Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento de uso y abuso de las drogas.” (Secades & Fernández, 2001)

Estos mismos autores, señalan que los factores de riesgo que se pueden presentar para que una persona se inicie en el consumo de drogas son muy variados, aunque es cierto, que todos acaban dando lugar a un deterioro de la persona que consume, así como en las conductas antisociales que desarrollan. Para reconocerlos fácilmente, se suelen agrupar en cuatro grupos:

1. Familiares
2. Sociales
3. Personales
4. Laborales.

Se van a destacar, a continuación, las principales características de todos estos factores:

2.3.1. Factores familiares

Unos de los factores de riesgo más influyentes que se dan en los consumidores desde una temprana edad, son los factores familiares. El consumo por parte de los padres y la mala relación familiar o de pareja se establecen como posibles desencadenantes primarios para que la persona desarrolle el interés por el consumo. En este caso, no solo se puede hablar de estos dos ejemplos, sino que también una sobreprotección de los progenitores, una sobre exigencia o una mala comunicación entre ambos, favorece que la persona acabe atraída por la sustancia y por los efectos que ésta le genera. (Muñoz & Graña, 2001, pág. 5)

2.3.2. Factores sociales

Otro de los factores, son los factores sociales. Además de la facilidad social que existe actualmente para acceder a las drogas, están los factores sociales que desencadenan el inicio

del consumo como resultado para poseer el sentido de pertenencia a un grupo dado el consumo dentro del grupo de pertenencia, la falta de participación social, la ausencia de valores o la respuesta generada ante el sentimiento de marginalidad.

2.3.3. Factores personales

En tercer lugar, aparecen los factores personales de cada uno de los consumidores. Dentro de este grupo de factores, aparecen principalmente los sentimientos de inseguridad, insatisfacción o la sensación de tensión o agobio con la vida que hacen que la persona inicie un consumo con el objetivo de acabar con estos sentimientos que le hacen sentir mal consigo mismo.

2.3.4. Factores laborales

Por último y debido al gran número de desempleados actual, señalaré los factores laborales que hoy día tienen una relevante importancia. Los riesgos que se presentan en estos factores vienen dados por la situación de angustia ante la negativa en la búsqueda de empleo y la consecuente situación que ello genera en las familias. No obstante, dentro de los factores de riesgo laborales, también se puede dar la situación contraria, es decir, factores de riesgo a raíz de la saturación generada en un puesto de trabajo o la debida situación de estrés que se crea a causa de ésta en la persona. (Becoña, 1999)

2.4. Motivaciones para el consumo

Las distintas motivaciones para el consumo de sustancias, según la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de Andalucía, se agrupan según el llamado Análisis Factorial en cinco grupos(Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2006):

1. Pasividad y huida: ante las situaciones que se perciben estresantes como por ejemplo no hacer frente a problemas personales, situaciones de aburrimiento, sin sentido de pertenencia o falta de participación social.
2. Inconscientes de adaptación e integración a las normas sociales establecidas: deseo de pertenencia a un grupo, como posibilidad de adaptación social.
3. Deseo inconsciente de libertad y transgresión para obtener estímulos gratificantes: deseo de libertad o de innovar y romper las normas establecidas.
4. Motivaciones experimentales: son las que se relacionan con las situaciones propiamente individuales de buscar sensaciones nuevas.
5. Motivaciones sintomatológicas: son las relacionadas con motivos médicos como por ejemplo la búsqueda de calmar el dolor o los nervios.

Aunque las cinco motivaciones que se señala el Análisis Factorial son muy distintas unas de otras, todas tienen un nexo de conexión en la que la persona no se siente bien consigo misma, o con una determinada situación que se esté dando en su vida cotidiana.

De esta manera, se puede decir, que el inicio en el consumo de drogas, tiene un origen multifactorial que, en la mayoría de casos, puede relacionarse con la necesidad de un cambio en la persona que empieza a consumir, reconociendo el consumo de sustancias psicoactivas como la vía de escape a esa parte que la persona consumidora no quiere aceptar.

2.5. Consecuencias sociales de la drogodependencia

Las consecuencias que la dependencia a una sustancia puede ocasionar en la persona son muy variadas. Además, muchas de ellas, pueden dar lugar a que la dependencia que la persona tiene hacia la sustancia sea aún mayor. En este apartado, se señalan las consecuencias sociales más importantes según Martín Moral y Lorenzo Fernández (Martín & Lorenzo, 2009):

1. Reacciones antisociales: vienen motivadas por la necesidad que la persona presenta frente al consumo. Necesidad que busca saciar sin ningún tipo de limitación. Las consecuencias se ven reflejadas por ejemplo en robos, conductas agresivas o tráfico ilegal.
2. Síndrome de déficit de actividad: se trata de un deterioro intelectual en el consumidor. Esto le puede afectar principalmente para llevar a cabo sus estudios, su trabajo o sus relaciones sociales. Este síndrome se puede ver en las actitudes de indiferencia, pérdida de las capacidades motoras, aislamiento, etcétera.
3. Infecciones y disminución de las defensas: estas consecuencias se dan sobre todo en el consumo de drogas por vía parenteral dando lugar a cuadros infecciosos en la persona.
4. Peligro de sobredosificación: es el peligro que se da en el consumo por vía intravenosa. La sobredosificación se da cuando la persona vuelve a consumir después de un periodo de abstinencia la dosis mayor previamente a este periodo. Este consumo puede llegar hasta la muerte por depresión respiratoria.
5. Riesgo de “escalada”: es el término que se utiliza para referirse a un consumo frecuente o continuado del alcohol a raíz del cuál, se inicia en el consumo cannabis u otras drogas. El consumo abusivo de las drogas legales como es el alcohol, facilita notablemente el inicio en el consumo de otras drogas.

6. Efectos tóxicos específicos: son los efectos que se dan en función del tipo de droga que se consume ya sea tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, etcétera.

Además de estas consecuencias que he señalado con anterioridad, la dependencia genera en la persona que consume numerosos problemas en diferentes ámbitos. Según E. Becoña, los más importantes son: (Becoña, 1999)

1. Problemas de salud: que surgen como resultado de llevar a cabo conductas de riesgo durante el consumo o inmediatamente después de éste. Un claro ejemplo puede ser el compartir la jeringuilla durante el consumo o el no usar preservativo en las relaciones sexuales. Además de esto, están los problemas de salud que derivan del consumo de drogas como son: hepatitis, SIDA, desnutrición, etc.
2. Problemas escolares: dichos problemas son fruto del deterioro intelectual que el continuo consumo genera en la persona, así como el estado de dejadez en el que el consumidor queda anclado. Ambas situaciones pueden provocar el déficit en el rendimiento académico o incluso llegar al absentismo escolar.
3. Problemas económicos: son los ocasionados por el gasto para poder acceder a la sustancia y que cuando la dependencia es grande puede llegar a cifras incalculables. Por otro lado, en referencia al gasto que ocasiona en el país, se puede hablar del narcotráfico o del tráfico ilegal de sustancias. Éste, mueve dinero que el Estado no puede contralar y que genera el aprovechamiento económico de los que manejan ilegalmente las sustancias.
4. Problemas laborales: son problemas de la misma índole que los problemas escolares pero que se ven reflejados en los consumidores de mayor edad afectando en este caso a su trabajo por el hecho de no realizar este en las condiciones adecuadas.
5. Problemas legales: muchos de estos problemas, son consecuencia de los actos delictivos provocados a raíz de los problemas económicos. No obstante, hay que destacar que al estar el consumo penado por la ley, si te detienen en posesión de drogas también conllevará problemas legales.

Como vemos, todas las consecuencias que genera la dependencia a una sustancia, tienen un carácter negativo hacia la persona. No obstante, hay que tener en cuenta que, aunque las consecuencias más visibles y a corto plazo se dan en la persona que consume, también se ven perjudicadas muchas otras partes. Esto es así, puesto que el consumo influye en las relaciones que la persona tiene con su entorno y no sólo eso, sino también al conjunto de la

sociedad ya que la drogodependencia genera muchos problemas a nivel socio-sanitario, económico, etc.

Además, hay que ser conscientes de que, aunque muchas de las consecuencias y problemas generados por el consumo de drogas comparten las mismas características, a veces, éstos varían en función del tipo de droga que se consuma. Por ejemplo, el consumo de cannabis tiene unas repercusiones en relación a la salud distintas a las que tiene la cocaína.

2.6. Las drogas en el tiempo

A partir de la década de los ochenta, la heroína asumió un papel importante en el consumo siendo la principal droga consumida, aunque, a finales de la década, se le añadió el consumo de cocaína en algunos casos. La edad media de inicio en el consumo era de 18,47 años siendo mayor la media en la mujer (19,17 años) que la de los hombres (17,77 años). En ese momento, las motivaciones que inducían al consumo eran la curiosidad por los efectos provocados, la influencia del grupo de iguales y la automedicación a partir de trastornos psiquiátricos. (Osuna, 2005)

Según José María Osuna, las drogas de inicio en la década de los ochenta, fueron las drogas legales tales como el tabaco y el alcohol y la droga ilegal, cannabis. De esta manera, se puede decir que el consumo primario de tabaco hacía como sustancia puente para el posterior consumo de alcohol y cannabis en esa década. Resulta significativo que la vía de administración de la droga más destacada en ese momento fue la vía intravenosa. Esto corrobora los abundantes casos de VIH o Hepatitis B que hubo en el momento a consecuencia del consumo de drogas bajo conductas de riesgo como es la de compartir jeringuilla para el consumo.

Las personas consumidoras en esa década, presentaban una marginalidad social importante. La mayoría, provenían de familias desestructuradas, con otras adicciones y conductas asociales, teniendo, además, unos recursos económicos muy escasos. En consecuencia, el problema de la drogadicción se vio claramente ligado con el problema de la delincuencia como medio para obtener recursos que permitieran el consumo.

No fue hasta la década de los noventa, cuando el consumo de heroína comenzó a descender notablemente, en mayor parte, porque la mayoría de personas que consumían o habían muerto a causa del consumo constante de la sustancia, o se encontraban en tratamiento.

En la década de los noventa, dentro de las drogas legales, el consumo de alcohol descendió en los primeros años, aunque en los últimos años de esta década, sufrió un incremento centrado en el mayor consumo a tempranas edades. En cuanto a las drogas ilegales, el consumo de cannabis creció por encima del consumo de cocaína añadiéndose a éstos, el consumo de anfetaminas y alucinógenos. El perfil que presentaban las personas consumidoras dio un vuelco. En ese momento, los consumidores ya no presentaban ningún signo de marginalidad, sino que eran personas que poseían un alto estatus económico y una importante integración en la sociedad. (Osuna, 2005)

Además de todos estos cambios que ha habido en relación a la edad media de inicio en el consumo, la sustancia más consumida, etc. a lo largo de las décadas, es importante tener en cuenta que también en esos cambios, los aspectos sociales y culturales han tenido y tendrán mucho protagonismo.

Por razones sociales, las personas consumidoras de alguna sustancia suelen relacionarse directamente con conductas asociales como es la delincuencia. Esto genera que, además, en la mayoría de casos, se conviertan en personas excluidas por la sociedad lo que hace que, de alguna u otra manera, se explique la relación de ciertas sociedades con ciertas conductas de riesgo, en este caso: drogodependencia con delincuencia.

Por último y no menos importante, hay que subrayar, que además del daño que el consumo de drogas genera en la persona consumidora, son muchos los gastos que se ocasionan a toda la sociedad derivados del consumo. Estos gastos se pueden explicar en cuanto a la necesidad que presentan los consumidores de atención médica, desorden social que generan en algunos casos o simplemente, el dinero negro que se mueve en la compra y venta de sustancias ilegales para el consumo.

3. MARCO NORMATIVO

En ese apartado, se exponen algunas de las leyes más importantes sobre drogas en primer lugar a nivel estatal, y en segundo lugar, en nivel autonómico y europeo. Dentro de dichos niveles, primero aparecen las leyes referidas al consumo y compraventa, y luego las leyes que tratan lo económico y tributario.

En primer lugar, a nivel estatal, puedo resaltar las siguientes leyes:

Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de Drogas.

Ley 4/2009, de 15 de junio, de control de precursores de drogas. Esta Ley se refiere a las sustancias químicas, que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas, se producen fundamentalmente en países desarrollados; su control debe dirigirse únicamente a evitar su desvío para la elaboración ilícita de drogas, sin interferir en el normal funcionamiento de su fabricación ya que dichas sustancias se utilizan en la fabricación industrial de importantes derivados muy corrientes y necesarios en nuestra sociedad.

Real Decreto 865/1997, de 6 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 3/1996, de 10 de Enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.

Real Decreto 2499/1979, de 19 de octubre, por el que se modifican determinados artículos del Real Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre, sobre reestructuración de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas.

Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.

En cuanto al nivel autonómico, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley más importante es la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, para la reforma de la Ley 4/1997, de 9 de Julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas, modificada por la Ley 1/2001, de 3 de mayo.

Por último, no hay que olvidar que a nivel europeo también existen leyes importantes que aluden a todo el territorio español como son:

Decisión 2003/847/JAI del Consejo, de 27 de noviembre de 2003, sobre las medidas de control y las sanciones penales respecto a las nuevas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, y TMA-2.

Decisión del Parlamento Europeo, de 6 de noviembre de 2003, sobre la aprobación de la gestión del Director del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías en la ejecución de su presupuesto para el ejercicio 2002.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Conocer y analizar la evolución que las drogodependencias han tenido a lo largo de la última década en Andalucía con relación a la edad, el género y el tipo de consumo.

4.2. Objetivos específicos

- Estudiar los cambios producidos en la edad media de inicio en el consumo durante la última década.
- Analizar la evolución de los tipos de consumo en función de los cambios sociales que se han dado entre los años 2000 y 2011.
- Mostrar el hábito de consumo en función del género
- Estudiar el rol de intervención del Trabajo Social en drogodependencia desde los Servicios Sociales y desde los centros privados

5.METODOLOGIA

La metodología utilizada, en este trabajo, para la consecución de los objetivos propuestos, es un análisis a partir de bibliografía y bases de datos sobre el consumo de sustancias estupefacientes.

El territorio estudiado es Andalucía, y con una temporalidad que abarca desde el año 2000 hasta el año 2011. Los datos estudiados se diferencian en tres ítems que coinciden con los objetivos. Así pues, las variables de estudio son: edad de inicio en el consumo en cada una de las sustancias, el porcentaje de adictos según sexo y en tercer lugar, la evolución en el consumo según la sustancia consumida.

La base de datos utilizada, fuente documental primaria, se basa fundamentalmente en la información publicada bienalmente por la Consejería de Salud y Bienestar Social en la encuesta “La población andaluza ante las drogas” que hasta el año 2007, recibía el nombre de “Los andaluces ante las drogas”, y en la actualidad ya tiene el nombre indicado. Las fuentes secundarias, han sido referenciadas en las referencias bibliográficas. También se incluyen fuentes documentales de internet, utilizando las páginas de información y documentos de las principales instituciones de lucha contra la droga, fundamentalmente, la Junta de Andalucía y de la Administración local, como es la Diputación.

Los gráficos, presentan la evolución de la drogodependencia en relación a la edad media de inicio en el consumo mostrando los resultados en años (del consumidor) y la evolución de las drogodependencias según el sexo que consume, es decir, cómo ha variado el porcentaje de mujeres y hombres que consumen, en función de la sustancia que se consuma. Además, también se muestra la evolución según las distintas sustancias consumidas, o lo que es lo mismo, las drogas que más se han consumido de forma bienal. Estos dos últimos resultados, son presentados en porcentaje.

El estudio ha supuesto también una aproximación a las características profesionales de los trabajadores sociales que trabajan con drogodependencias, así como a las instituciones y los planes y programas que éstas llevan a cabo para la prevención, actuación y reinserción de las personas afectadas, pero también para la eliminación de riesgos y minimización de consecuencias. Para ello, se ha recurrido fundamentalmente a las fuentes documentales de atención a las drogodependencias, a documentos de trabajo social en salud y a documentos de acceso libre en internet.

6. RESULTADOS

Los resultados que se exponen a continuación, son fruto de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en su encuesta: “La población andaluza ante las drogas”. El estudio se ha realizado en la década que comprende los años desde el 2000 al 2011. El motivo por el que no he centrado el estudio en la última década viene dado por no encontrarse los datos publicados de estos últimos cuatro años.

Los datos se plantean en forma de tabla para hacer más fácil el acceso a ellos y ver mejor la comparativa.

a. Edad media de inicio en el consumo según tipo de adicción en Andalucía

Es importante conocer la edad de inicio en el consumo debido a las repercusiones de iniciar un consumo de estas sustancias en una edad temprana, a su vez estos datos permitirán el desarrollo de políticas de prevención más certeras.

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	COCAÍNA	EXTASIS Y MDMA
2000	15'42	15'25	16'39	18'47	18'10
2003	16'54	17'15	17'66	20'38	21,82
2005	16'28	16'88	18'26	20'32	20'1
2007	16'7	16'6	17'2	18'6	18'6
2009	16'8	17'5	17'9	19'1	21'9
2011	16'5	16'9	18'5	20'4	19'6

Tabla 1. Edad media de inicio en el consumo según tipo de adicción en Andalucía. Fuente: La población andaluza ante las drogas. Elaboración propia.

Los datos obtenidos en esta tabla, se presentan en años. Como se puede observar, la edad de inicio en 2000 era la más baja de la década y se incrementa con los años llegando al punto máximo en 2009 y con una cierta bajada en 2011, ya instaurada la crisis.

En cuanto a las sustancias, puede observarse que la cocaína ha sido la sustancia con la edad de inicio más elevada hasta 2007, momento en que se iguala con las pastillas de éxtasis y es en 2009, es cuando éstas tienen la mayor edad de inicio, si bien en los dos primeros años de las crisis ya se ve que vuelve a ser la cocaína la que tienen mayor edad de inicio.

b. Evolución de las personas consumidoras según tipo de adicción en Andalucía

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	COCAÍNA	EXTASIS Y MDMA
2000	33'2	7'8	7'5	2'5	1'5
2003	29'4	6'4	7'3	2'6	1'2
2005	34'4	5'9	9	2'2	0'6
2007	32'4	9	9'5	3'1	1'5
2009	35'2	6'4	7'4	2'6	0'6
2010	36'1	8'9	9'8	1,3	0'7

Tabla 2. Evolución de las personas consumidoras según tipo de adicción en Andalucía. Fuente: La población andaluza ante las drogas. Elaboración propia.

La tabla 2, deja ver como durante todos los años estudiados, la sustancia con mayor porcentaje de consumo, es el tabaco. Se puede observar como la evolución del consumo durante el período comprendido entre 2000 y 2005, ha sido constante y sin altibajos. En este último año, es cuando se puede ver un gran ascenso del consumo en el tabaco, el alcohol y el cannabis, mientras que el porcentaje del consumo de cocaína y éxtasis, se mantiene estable. En el año 2007 el porcentaje de consumo de todas las sustancias desciende mientras

que, en el año 2009, estos porcentajes vuelven a aumentar en todas ellas. A resaltar que la cocaína consigue en 2010 mínimos históricos bajando por debajo del 1,5 % del total. El cannabis, que en ese mismo año aumenta a casi un 10%, no contempla en este estudio el hecho de que sea ya legalmente reconocido su consumo, con fines curativos; la falta de registros ha hecho imposible dichos datos.

c. El consumo según el sexo en Andalucía

		2000	2003	2005	2007	2009	2011
TABACO	MUJER	38'6	23'7	29'7	29'9	31'4	32'5
	HOMBRE	38'9	35'2	39'1	34'9	38'8	39'5
ALCOHOL	MUJER	3'2	3'4	3'5	4'5	3'1	3'4
	HOMBRE	4'4	9'4	8'3	5'7	4'7	14'2
CANNABIS	MUJER	22'5	4'4	5'5	7'2	4'2	4'4
	HOMBRE	13'2	10'1	12'4	11'7	10'6	12'5
COCAÍNA	MUJER	3'1	1'1	0'6	1'8	1'1	0'5
	HOMBRE	7'6	4'1	3'5	4'5	4'1	2'1
EXTASIS & MDMA	MUJER	0'9	0'7	0'4	0'8	0'3	0'2
	HOMBRE	4'5	1'7	0'6	0'6	0'5	0'4

Tabla 3. El consumo según el sexo en Andalucía. Fuente: La población andaluza ante las drogas. Elaboración propia.

En esta tabla, es relevante observar el porcentaje de consumo de personas según el sexo, ya que el acceso a todos los bienes y recursos es igualitario legalmente hablando, desde fechas anteriores a cuando se realiza este estudio, lo que implica que la tendencia de cada uno de los sexos a consumir es: o por proceso de transmisión cultural o por influencia del medio.

Lo primero que salta a la vista es que las mujeres han dejado de fumar tabaco y los hombres por lo contrario, lo han aumentado si tenemos en cuenta todo el período de forma global; si bien todos, exceptuando este dato de los hombres en 2011 en tabaco, han reducido el consumo en todas las sustancias.

En el cannabis, en el año 2000, la mujer fumaba más que el hombre, pero en 2011 se ve como el hombre triplica al porcentaje de consumo de la mujer. Lo mismo ocurre con la cocaína, el porcentaje de consumo de los hombres triplica al de las mujeres en todos los años estudiados. Esto no pasa en las pastillas de éxtasis ya que los dos primeros años de referencia, muestran un consumo mayor de los hombres frente a las mujeres, pero como se puede observar, el consumo se mantiene más igualado a partir de 2005.

7. ESTUDIO DE LOS RESULTADOS

a. Edad media de inicio en el consumo según tipo de adicción en Andalucía

A partir de la obtención de la tabla 1, podemos ver como las sustancias que se empiezan a consumir en una edad temprana son el tabaco y el alcohol o lo que es lo mismo, las *drogas legales*.

Uno de los motivos por el que las drogas legales que se empiezan a consumir más temprano, puede ser la fácil accesibilidad a las mismas, o el hecho de que en la sociedad está bien visto y forma parte de la cultura. Un claro ejemplo de ello lo podemos ver en el alcohol ya que está comprobado que mientras más disponibilidad de alcohol tiene una persona, más alta es la prevalencia, la cantidad del consumo, etc. (Butler & Gorsuch, 1976)

Además, según la revista académica *American Behavioral Scientist*, la accesibilidad de las drogas, es un factor importante que afecta al inicio del consumo de las mismas. Se puede afirmar así, que las drogas legales como son el alcohol y el tabaco, al poder conseguirse más fácilmente que las drogas ilegales, se empiezan a consumir antes. (Wills, Pierce, & Evans, 1996). También puede ser por el hecho de que pueden ser vistos como rituales de iniciación, en la pubertad.

El principal punto para explicar que las drogas más consumidas son las drogas legales, no sólo tiene que ver con su fácil accesibilidad. En ello, también tiene algo que ver las restricciones legales que el Estado presenta en cuanto a drogas ilegales en referencia a su prohibición de venta, así como de consumo.

En Trabajo Social, es importante tener en consideración que, en el ámbito de socialización primario como es la familia, el consumo de alcohol y tabaco es algo natural, puesto que en la mayoría de hogares se toma alcohol (sobre todo en celebraciones) y también se fuma en muchos de ellos, por lo tanto, la población se socializa con ambas sustancias como algo habitual, y así los jóvenes ven natural la transgresión a partir de esas sustancias pero sin restricción de uso, y por lo tanto cayendo en el abuso.

Esto hace pensar, sobre la clara aceptación que la sociedad tiene hacia el consumo temprano de sustancias legales, no visibilizando las consecuencias que de ello se pueden generar por ejemplo, como ya se comentó anteriormente en el trabajo, la posibilidad de que el consumo

de estas sustancias hagan de puente para empezar a consumir otras sustancias como pueden ser el cannabis, cocaína, etc.

Con respecto a la edad a la que se empieza a consumir, vemos en la tabla, que las edades de inicio en el consumo muchas veces son previas a los 18 años. Además de la disponibilidad de la droga como he comentado anteriormente, el motivo por el que se empieza a consumir en una edad temprana puede ser el sentido de pertenencia a un grupo que sienten muchos adolescentes. En otras palabras, muchos jóvenes consumen drogas por la percepción favorable que el consumo les genera frente a su grupo de iguales y esto hace que la edad de inicio en el consume disminuya.(Martínez, Trujillo, & Robles, 2006, pág. 22)

Un factor de estudio importante en este apartado, es el inicio temprano en el consumo en relación a la escasa economía de los jóvenes consumidores ya que es difícil pensar en jóvenes sin trabajo que consiguen el dinero necesario para costear su adicción. Esto hace pensar que podría ser porque se dedicaran, además de consumir la droga, a vender también esas sustancias, entrando así en perversa relación con la adicción y la legalidad.

b. Evolución de las personas consumidoras según tipo de adicción en Andalucía

Para estudiar la evolución de las personas consumidoras según el tipo de adicción, hay que fijarse que en este apartado, como vemos en la tabla, también es objeto de estudio como las drogas legales (tabaco y alcohol) son las que más se consumen.

Esto puede ser debido al hecho de que al ser, como su propio nombre indica, drogas legales, tienen una visualización social aceptada por toda la población ya sean consumidores o no de las mismas, en cualquier caso las razones son paralelas a las mencionadas en el apartado anterior.

Es importante comentar dos cosas de esta gráfica en el año 2007. En primer lugar, cómo todos los consumos en ese año aumentaron a la misma vez, que todas las edades de inicio en el consumo, fueron más pequeñas. Esto puede ayudar a comprender que los consumos en el año 2007 eran mayores ya que el consumo de las sustancias comprendía unas franjas de edades más amplias que el resto de los años. En segundo lugar, está el ejemplo del caso de consumo de cocaína en el que llama la atención ese gran aumento en 2007 y es que según informa la ONU, en ese año, por primera vez, el consumo de cocaína en España, superó el de EE.UU., a la vez que cuadruplicaba la media europea. Según Thomas Pietschmann

(responsable del Informe Mundial sobre Drogas 2007), el consumo de cocaína en España se ha disparado y constituye el mayor problema, puesto que uno de cada cinco consumidores europeos se encuentra en este país. (De Benito, 2007). Una explicación alternativa, y que a veces se lee en foros, es el hecho de que al tener el fenómeno del turismo de vacaciones en nuestro país como el más importante, el consumo se dispara también por la tendencia al consumo de parte de estos turistas.

Estos datos con respecto a España expuestos por la ONU (De Benito, 2007), pueden ser extrapolados a Andalucía ya que como se muestra en la Tabla 2, el consumo de dicha sustancia, también se disparó notablemente en el año 2007 en la comunidad Andaluza.

Otro aspecto importante a tratar en el estudio de la evolución del consumo, es la crisis económica que está sufriendo Andalucía en estos últimos años. En la Tabla, se puede ver como todos los consumos descendieron notablemente entre los años 2005 y 2007, así como también el año 2010, todos los consumos ascendieron exceptuando el consumo de cocaína.

El descenso de 2010 se podría atribuir al efecto de la crisis. Por un lado, la crisis, ha generado que el consumo disminuya por el hecho de no poseer una suficiente economía que permita sufragar los gastos del consumo. Pero además, ha dado lugar a que el consumo de drogas con un mayor coste económico como por ejemplo la cocaína, disminuya, a la vez que se incrementa el consumo de sustancias con un menor coste económico, como el cannabis. Así lo hizo saber también, el presidente de la ONG Controla Club, Vicente Pizcueta cuando aseguró que la crisis económica, ha producido una pujanza de los consumos de drogas más baratas. (Redacción Madrid, 2015)

c. El consumo según el sexo en Andalucía

En el estudio del consumo según el sexo, claramente se ve en la Tabla 3, que a lo largo de todos los años estudiados, el porcentaje de personas que consume es mayor en los hombres que en las mujeres.

Según José Miñarro, profesor de Psicobiología de la Universidad de Valencia, desde el punto de vista biológico, el consumo de drogas producen efectos distintos en el sistema nervioso central en función de si eres hombre o mujer. (EFE, 2009)

En el mismo artículo, el doctor Winstock, expone que el motivo por el que los hombres consuman más que las mujeres es debido a que éstos, en su vida, están acostumbrados a

participar en conductas de riesgo ya que están muchos menos preparados que las mujeres para enfrentarse a dichas conductas. Mientras, por otra parte, expone que las mujeres están limitadas para el consumo o/y para la aceptación de su consumo, por los factores sociales como por ejemplo, la vergüenza de admitir el consumo de cierta sustancia psicoactiva. (EFE, 2009)

En referencia a la Tabla 3, se refleja como el porcentaje de consumo de los hombres está siempre entre tres y cuatro puntos porcentuales por encima que el de las mujeres. Estos datos son comparables con los datos que muestra el estudio Euskadi y drogas ya que certifican “la prevalencia del consumo problemático de drogas entre los hombres multiplica por cuatro la que se registra en las mujeres”(Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2006, pág. 261)

No obstante, en el último año referenciado (2011), desciende esa diferencia de cuatro puntos significativamente, sobre todo por el descenso en el consumo de los hombres, que pasa a ser la mitad de los años anteriores, aproximadamente, pero menos de un tercio del año 2000.

El hecho de que el porcentaje de hombres que consumen, predomina frente al porcentaje de mujeres consumidoras, dan lugar a que por ejemplo, los centros de atención a drogodependientes, estén mejor adaptados a sus necesidades, haciendo de las mujeres casos particulares.

Por lo tanto, las mujeres se han quedado en un segundo plano y las propuestas de intervención, han sido realizadas respondiendo a un perfil que a ellas no les corresponde, aplicando modelos de análisis que están adaptados a la realidad de los hombres.

8. CONCLUSIONES

El análisis del estudio, lleva a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la edad de inicio en el consumo de sustancias tóxicas en Andalucía, es remarcable que los más jóvenes (a partir de los 15-16 años), se inician antes en el consumo de sustancias legales que en sustancias ilegales, puesto que éstas tienen un inicio de uno o dos años más tarde, según los años de estudio.
Además, a partir de los datos obtenidos, queda claro que en Andalucía la ingesta de alcohol así como el consumo de tabaco se realiza antes de los 18 años a pesar de estar, tanto su consumo como su venta, prohibida para los menores de esa edad. De

esta manera, podemos ver como el estudio deja en evidencia el escaso efecto de la prevención que se está llevando a cabo en este ámbito.

- En relación a la evolución del consumo, se puede ver como a lo largo de todo el trabajo, se ha demostrado que el problema de la drogodependencia es un problema en constante evolución. Los patrones de consumo, así como las sustancias más consumidas cambian en el tiempo en función de numerosas tendencias sociales, aunque también las influencias socioeconómicas han sido determinantes ya que la crisis económica ha dado lugar a que aumente el consumo de drogas con un coste económico más bajo, consumiendo por ejemplo más cannabis y menos cocaína.
- En el caso del consumo según el sexo, no se puede obviar en este punto, la perspectiva de género que salpica a este asunto. El ejemplo lo podemos ver en como la sociedad ha asumido determinadas pautas comportamentales en los hombres que en el caso de la drogadicción, por ejemplo, sería que consumen más, son más temerarios, etc. haciendo que el consumo en ellos esté normalizado (entre los consumidores). Aunque en este caso es cierto que el consumo de los hombres es superior al de las mujeres, el hecho de que demos por válidas las pautas que se nos asignan a hombres y mujeres, hace que creamos dichas pautas sin ni siquiera llegar a estudiarlas. En consecuencia, como se ha plasmado en los resultados, son las mujeres las que resultan perjudicadas ya que la rehabilitación y la aceptación del problema del consumo está peor vista y es más difícil de trabajar con mujeres que con hombres.

Para terminar hay que decir, que el consumo de cualquier tipo de sustancia no solo afecta a la persona que consume. La dependencia que una persona crea ante la sustancia, contribuye a un gasto económico del país y de todos sus ciudadanos, ya que la drogodependencia conlleva a que se generen numerosos procesos sociales como los de justicia, planes de prevención y estructuras de tratamiento, prevención y tratamiento de delitos que tienen que ver con las drogas, etc. Por ello, nunca debe de tratarse a la drogodependencia como un problema aislado o individual de la persona.

9. EL TRABAJO SOCIAL Y LA DROGODEPENDENCIA

“Las drogodependencias constituyen un objeto propio del Trabajo Social, entendido éste como un campo interdisciplinar a través del que se desarrolla una acción social y se aplica

una tecnología social para producir un cambio en el contexto social o en la interacción entre los sujetos y el contexto social.” (Ander-Egg, 1992)

“Según la Ley de Drogodependencias, la intervención social, se define como el establecimiento de medidas para normalizar la asistencia del drogodependiente, del alcohólico y de quien padezca cualquier otro trastorno adictivo, y el acceso libre y gratuito a las prestaciones y servicios de las redes públicas sanitarias y de servicios sociales.” (Trigueros & Mondragón, 2005)

Hay que señalar, que el principal modelo de intervención que el Trabajo Social utiliza para la intervención con personas drogodependientes, en los Servicios Sociales, es el modelo psicosocial, si bien la erradicación de la adicción al alcohol ha estado mucho tiempo vinculada a los modelos de modificación de conducta.

En este nivel de análisis, se considera que el individuo queda definido por la relación que establece con los otros. Esto quiere decir que, cada persona va creciendo y creando su propia personalidad en función de las relaciones que lleva a cabo a lo largo de toda su vida. En el caso de las drogodependencias, se trabaja desde el modelo psicosocial entendiendo la adicción como fruto de estas relaciones y de las diversas variables que se dan en cada persona.

Además, en el modelo psicosocial, se tiene en consideración en primer lugar las medidas psicológicas y socio-comunitarias de la persona dejando en un segundo plano a las medidas legales o médicas que se puedan derivar en drogodependencias. Las tareas más importantes que se llevarán a cabo desde este modelo serán las de fomentar el apoyo y la cohesión familiar, garantizar las condiciones básicas de vida, generar igualdad de oportunidades en relación a la educación o empleo, así como las tareas de control de los procesos de influencia social.

En ocasiones, también se utiliza el modelo de modificación de conducta. Según Garrido, a través del trabajo que se lleva a cabo desde este modelo con personas drogodependientes, lo que se persigue, es modificar los hábitos, así como los sentimientos y las cogniciones de consumo en las personas. Además, para ello, se les plantean numerosos recursos existentes y habilidades que les faciliten su vida cotidiana sin la necesidad de consumir drogas. Algunas de las técnicas más utilizadas en este modelo: impulso y perfeccionamiento de habilidades

de afrontamiento y autocontrol, alternativas a la solución de problemas que surjan, capacidades cognitivas en relaciones, etc. (Garrido, 1993, págs. 326-327)

Para explicar la intervención que el Trabajo Social lleva a cabo en el ámbito de las drogodependencias, hay que hablar, en primer lugar, del trabajo que éste desarrolla en salud ya que en muchas ocasiones, es aquí donde se detecta en la persona un problema de adicción, y se tratan las consecuencias de salud.

Las competencias u objetivos que se llevan a cabo en la atención sanitaria desde Trabajo Social son las siguientes:

- Estudiar los factores de riesgo y de protección que tengan relación con la salud, tanto como con el usuario, así como con sus familias, sus grupos, comunidades y organizaciones.
- Realizar intervenciones que favorezcan el desarrollo de las capacidades individuales de la persona, teniendo en cuenta el género, los grupos, comunidades o familias a los que se dirijan.
- Participar en los equipos de salud con el fin de evaluar, implementar y mantener programas integrales de intervención en salud. Como consecuencia, el trabajador social debe utilizar sus conocimientos sobre coordinación grupal y comunitaria.
- Desarrollar programas de promoción de la salud trabajando conjuntamente con la comunidad.
- Prestar apoyo tanto al usuario, así como a la familia, llevando la intervención a la recuperación y adaptación social de la persona y familias con las que se trabaje.

(Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 2016)

En cuanto a la intervención de la drogodependencia en salud, Según la Junta de Andalucía, hay que destacar tres niveles dentro de los servicios sanitarios desde los que el Trabajo Social, forma parte. (Junta de Andalucía, 2016)

En primer lugar, están los servicios de atención primaria, en los que se diagnostica el problema de adicción en la persona, debido a su llegada al hospital por un problema de salud derivado a raíz del consumo. En este primer nivel, se desarrollan tareas de diagnóstico, atención terapéutica y seguimiento de los procesos que lo requieran, así como la promoción de la salud. El médico especialista es el que detecta el problema de adicción en una persona y deriva el caso al trabajador social del centro.

En el segundo nivel, la atención hospitalaria, se prestan servicios de tratamiento, rehabilitación e integración social de la persona que presente algún tipo de adicción y que no se pueda resolver en el primer nivel de atención ya sea en régimen de internamiento, domiciliario o ambulatorio.

Por último, el nivel de Salud Mental, en el que la atención que se presta a los usuarios, tiene un carácter especializado e integral, llevado a cabo tanto por trabajadores sociales, así como con psiquiatras, enfermeras, etc. El Trabajo Social en este nivel, busca el cambio de la persona, además de en la relación con su entorno para poder así, favorecer sus relaciones sociales, su integración y autonomía.

Por otro lado, en el ámbito de las drogodependencias en Andalucía, contamos con una llamada Red de Atención a las Drogodependencias la cual tiene un acceso gratuito y directo a todas las personas que tengan problemas con las drogas. Está compuesta por centros tanto públicos como privados-concertados y en ella participan: Junta de Andalucía, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y Mancomunidades. (Consejería de Salud, Igualdad y Servicios Sociales, 2008)

Esta Red de atención a las Drogodependencias se caracteriza por ser la puerta de entrada a los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA), que son los encargados de la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción; en régimen abierto a todas las personas que presentan problemas con el consumo de drogas. Los CTA se catalogan de la siguiente forma:

A. CTA PÚBLICOS

1. CENTROS PROVINCIALES DE DROGODEPENDENCIAS (CPD)

Los CPD, se puede decir, que son una forma de Centro de Tratamiento Ambulatorio de primer nivel desde el cual se deriva a la red asistencial existente. Según el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, los centros Provinciales de Drogodependencias se constituyen como el eje operativo en el ámbito provincial del Plan Andaluz sobre Drogas en lo referente a la prevención, asistencia, incorporación y promoción social. (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales., 2015)

Su principal función es la coordinación de forma conjunta con los Servicios Sociales de las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos además de con los mecanismos educativos

y sanitarios de la provincia. También se encargan de la ejecución y gestión de programas y recursos específicos creados de mutuo acuerdo por las distintas diputaciones y la Junta de Andalucía. Además, también tienen la función de informar a la sociedad sobre la problemática que se genera a causa de las drogas y las adicciones y colaborar con las instituciones socio-sanitarias para la rehabilitación y la reinserción de las personas afectadas por el problema de las drogodependencias. La financiación de los mismos se lleva a cabo a través de las diputaciones, la Junta de Andalucía y el Plan Nacional sobre Drogas. (Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales., 2015)

Estos son un grupo que suele estar formado por trabajadores sociales, médicos y enfermeros y psicólogos que trabajan juntos en las siguientes actuaciones:

1.1.Asistencia al usuario

Asistencia al usuario en relación a la derivación del mismo a los programas de desintoxicación ó deshabituación, programas de reducción de daños debido a las conductas de riesgo que se dan en las personas que consumen, programas de incorporación social y programas de intervención en instituciones penitenciarias.

1.2.Prevencción del problema

La prevención se trabaja a través del asesoramiento, la información y la formación a toda la ciudadanía que de alguna manera está involucrada en la Prevención de las Drogodependencias. Para ello, se realizan charlas, cursos, conferencias, talleres, mesas redondas, etc. tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito educativo, familiar y laboral.

1.3.Asesoramiento

El asesoramiento que se lleva a cabo por parte del equipo multidisciplinar que forman los CPD, no se dirige sólo a las personas afectadas por el problema de las drogodependencias sino que también está dirigido a todas las personas, familias, profesionales de otras instituciones e incluso asociaciones que lo soliciten. (Diputación de Jaén, 2016)

De esta manera, se puede ver como desde los CPD se trabajan las drogodependencias desde los tres puntos más importantes que son la asistencia, la información y la prevención para toda aquella persona que lo solicite.

Dentro de los CPD, se encuentran los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias (EAIP).

2. CENTROS COMARCALES DE DROGODEPENDENCIAS (CCD), CENTROS MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS (CMD), SERVICIO DE DROGODEPENDENCIAS (SD)

Estos centros, realizan las mismas acciones de atención que las que se llevan a cabo en los CPD en relación al trato de los problemas que se generan a raíz del consumo, así como también en la realización de programas de prevención e incorporación social. Surgen a raíz de los Convenios que se realizan con la Junta de Andalucía. (Consejería de Salud, Igualdad y Servicios Sociales, 2008)

B. CTA PRIVADOS-CONCERTADOS

Los centros de carácter privado-concertado, son aquellos cuya titularidad corresponde a entidades privadas debidamente especializadas para trabajar en el ámbito de las drogodependencias.

La tarea asistencial que realizan, viene dada mediante convenios con la Junta de Andalucía y atienden aquellas demandas que estén relacionadas con las drogodependencias. No obstante, muchos de ellos, están especializados en alguna adicción especial como puede ser el alcohol. (Consejería de Salud, Igualdad y Servicios Sociales, 2008)

Además de todos estos centros en los que se trabajan con el problema de las drogodependencias, existen actualmente numerosas ONG's, que sin ánimo de lucro también se implican en este tema. Algunas de ellas son: Proyecto Hombre, FAD, AJAR, Aljama, Asociación libres de Adicciones Cátulos, Cruz Roja ó Federación Andaluza ENLACE.

9.1. Programas de tratamiento

Los Programas de tratamiento, están compuestos por diferentes Unidades de Intervención en las que participan profesionales especializados en Trabajo Social, Educadores, médicos y psicólogos. Se estructuran en las siguientes fases:

A. DEXINTOXICACIÓN

En esta fase se lleva a cabo una intervención médica que permite que la persona consumidora elimine la droga ingerida de su organismo. Este tipo de tratamiento se puede realizar tanto

diversos lugares en función de las situaciones personales y sociales de cada uno. Lo que es lo mismo, según las características que presente cada persona, la desintoxicación se podrá llevar a cabo en el propio domicilio de la persona consumirá, así como en pisos de apoyo o comunidades terapéuticas.

B. DESHABITUACIÓN

Posterior a la desintoxicación, se lleva a cabo la fase de deshabituación en la que se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- “Consolidar la abstinencia”
- “Modificar las conductas de búsqueda y estilo de vida relacionados con el consumo de drogas”
- “Conocer y controlar los factores desencadenantes del consumo, así como las situaciones de riesgo”
- “Adquirir estrategias que permitan evitar posibles recaídas”
- “Adquisición de pautas de comportamiento adaptativas”
- “Desarrollar la capacidad de diálogo, observación y crítica”
- “Fomentar las habilidades de comunicación”
- “Organización propia y del entorno”
- “Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y toma de decisiones”
- “Desarrollar capacidades que permitan funcionar con autonomía, reconstruyendo una vida normativa a nivel personal, familiar, relacional y comunitaria”

(Diputación de Granada, 2016)

Para conseguir todos estos objetivos, se trabaja a través de terapias tanto individuales, como familiares y colectivas. La fase de deshabituación, también se puede realizar en diferentes sitios. No obstante, suele realizarse mayormente en los CTA aunque en ocasiones es necesario realizarlo en Comunidades Terapéuticas en régimen de internamiento mediante un acceso gratuito.

C. INCORPORACIÓN SOCIAL

La incorporación social de las personas que terminan un tratamiento de drogodependencias es un punto fundamental ya que como se ve en numerosas partes del trabajo, las personas

consumidoras, en numerosas ocasiones pierden el contacto con su núcleo familiar, así como con todo aquello que tenía en su entorno antes de empezar a consumir.

En definitiva, esta fase, se trata de que, las personas que han tenido algún tipo de problema con cualquiera que sea la sustancia que han consumido, puedan participar activamente en la sociedad sin sufrir grandes dificultades. De esto se trata el Trabajo Social, de disminuir las carencias sociales que puedan presentar en este caso, las personas drogodependientes.

9.2. Proceso de atención a las drogodependencias

Debido a que mi motivación para realizar el Trabajo Fin de Grado sobre el tema de drogadicción viene dada a raíz de mi participación como voluntaria en Proyecto Hombre, he considerado oportuno desarrollar el proceso de intervención en drogodependencia que el Trabajo Social lleva a cabo en los centros de tratamiento.

A continuación, se presentan los pasos que se siguen en la intervención, no obstante, muchas veces estos pasos están tan relacionados que no todos se llegan a distinguir llegándose a dar de forma simultánea.

A. ATENCIÓN A LA DEMANDA INICIAL

El primer contacto que se lleva a cabo es el de la recepción de la persona con la consiguiente acogida de la misma. En primer lugar, se realiza una recepción por el personal administrativo del centro. Es en la acogida, cuando el trabajador social empieza a formar parte del proceso mediante una entrevista a través de la cual se pretende reunir la información necesaria de la persona que va iniciar el proceso, conocer si existe prioridad de atención en otros motivos que no sea la drogadicción, motivar a la persona para iniciar el difícil proceso al que se va a enfrentar. Los datos más importantes que se recogen en este punto son: la historia de consumo, la principal sustancia de consumo y el motivo de inicio en el consumo. También es importante, examinar las demandas de la familia, así como la motivación que este presenta para enfrentarse al proceso aumentando su esperanza de cambio, ya que esto le facilitará tomar la decisión de entrar en tratamiento. (Instituto de Adicciones, 2012)

Hay que puntualizar, que teniendo en cuenta que esta entrevista se lleva a cabo por el Trabajo Social, es importante que se tengan presentes durante toda la entrevista la escucha activa, la empatía con la persona que tenemos en frente y sobre todo, la observación para poder informar y orientar al usuario sobre demandas que detectemos y que éste no exprese.

B. VALORACIÓN

La valoración que se realiza, es una valoración interdisciplinar la cual implica que trabajen conjuntamente las áreas de psicología, social, sanitaria y ocupacional teniendo en cuenta las siguientes dimensiones; salud y auto-cuidados, consumo, familia, psicopatología, formativo, laboral, ocio y socio-relacional. (Instituto de Adicciones, 2012)

El motivo por el que se tienen en cuenta estas siete dimensiones viene dado porque, “cuando nos acercamos a las adicciones las definimos como un fenómeno multifactorial, donde se integran aspectos individuales con factores del contexto social primario a los que se añaden los elementos del contexto macrosocial.” (Molina Fernández, A.J., 2014, pág. 19)

La responsabilidad que lleva a cabo el Trabajo Social en esta etapa, se trata de realizar un diagnóstico social del usuario que más tarde, facilitará al resto del equipo con el que está trabajando con el fin de llegar a la evaluación multidimensional. Éste primer diagnóstico constará con información tanto del usuario como de su entorno. Además, también se prestará especial interés a los aspectos sociales que admitan riesgo de exclusión social y su relación con el consumo. Algunos de estos aspectos en los que se tienen que tener especial interés según el Instituto de Adicciones son (Instituto de Adicciones, 2012) :

- “Situación familiar del paciente”
- “Trayectoria formativo-laboral: formación, trabajos previos, situación laboral actual, inquietudes y expectativas formativas y laborales a corto, medio y largo plazo”
- “Situación económica y grado de autonomía personal”
- “Red social del usuario y análisis de sus posibles riesgos o potenciales, existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito de consumo”
- “Características del tipo de ocio del paciente y de la gestión de su tiempo libre”
- “Situación judicial y análisis de su posible influencia en el proceso de tratamiento”
- “Situación administrativa. En el caso de extranjeros no comunitarios, valoración de si se encuentra o no en situación regular”
- “Características del medio y el entorno en el que se desenvuelve el paciente y de los posibles riesgos u oportunidades del mismo”
- “Situación convivencial del paciente, tipo de núcleo de convivencia y nivel de adecuación y normalización del mismo”

Las demás herramientas e instrumentos documentales que utiliza el trabajador social, como la hoja de seguimiento o los informes, etc., se utilizarán en la medida en que se requieran y todo ello quedará plasmado en la Historia Social del paciente. El formato, dependerá del Servicio desde el que se intervenga para que sea uno u otro.

Por último en esta fase, una vez que esté recogida toda información y analizada por todos los profesionales implicados en la intervención, se llevará a cabo una primera propuesta de intervención con el usuario.

C. CREACIÓN DEL PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)

El programa personalizado de intervención tiene que estar adecuado a los distintos usuarios con los que se trabaje y en él se incluirán los objetivos marcados en la intervención y las distintas actividades que se llevarán a cabo para alcanzar dichos objetivos así como los recursos de apoyo con los que se cuenta.

En este caso, el Trabajo Social, es el que guía al grupo en cuanto a la situación social en la que se encuentra el usuario, las necesidades sociales que muestra y los posibles recursos que se pueden utilizar para alcanzar los objetivos marcados (recursos formativos, de empleo, sociales...). Ahora bien, una vez que todo el equipo termine el PPI, éste se deberá presentar al usuario el cual tiene que dar la aceptación para que se pueda llevar a cabo o debatir los objetivos en caso de que el usuario no esté de acuerdo ya que como en todo proceso de cambio desde Trabajo Social, la opinión del usuario es imprescindible.

De esta manera, se puede decir que es indispensable como paso previo al inicio de la intervención, dejar claro con la familia y el usuario los siguientes pasos:

- Hacer participantes tanto a la familia como al usuario del problema presente que se ha detectado en la valoración así como las habilidades existentes para solucionarlo.
- Analizar los motivos por los que se han llegado a dicho PPI para que las partes que participan, tomen conciencia del trabajo que se va a realizar así como el rol que cada uno va a llevar a cabo en cada fase del proceso.
- Argumentar el porqué se le incluye en determinados grupos de apoyo, porqué se le cita individualmente o en grupo, porqué se le administran determinados fármacos, etc.

(Instituto de Adicciones, 2012)

Para terminar, ya que todo el PPI ha sido consensuado con todas las partes que van a participar en la intervención, se puede iniciar el proceso de intervención, es decir, llevar a cabo toda la metodología que se ha planteado previamente. En el desarrollo del PPI se pretenden cumplir los objetivos marcados con el usuario y la familia mediante un seguimiento y una evaluación continua del progreso del usuario. Será este seguimiento por parte de todo el equipo el que nos permita conocer si el Proyecto Individual del usuario se está alcanzando satisfactoriamente o si es necesario realizar alguna modificación.

Para finalizar la explicación de esta intervención, el tener siempre en cuenta los posibles factores de riesgo que pueden incidir a lo largo de toda la intervención de los cuáles ya he hablado previamente en el trabajo. En estos casos en los que se puedan presentar factores de riesgo el trabajo del Trabajo Social deberá ser mayor.

D. APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL

Además de todas las habilidades y actuaciones que el Trabajo Social lleva a cabo en el área de drogodependencias, me gustaría dejar aquí plasmados todos los objetivos que en esta profesión tenemos que marcarnos a la hora de trabajar en intervenciones con problemas de adicción:

- Minimizar los daños o los posibles riesgos existentes a raíz del consumo.
- Conseguir un equilibrio psíquico del usuario.
- Lograr la abstinencia del usuario, o lo que es lo mismo, la minimización del consumo.
- Fomentar una buena relación familiar, así como las adecuadas relaciones sociales.
- Impulsar o potenciar una formación o trabajo adecuado y grato para el usuario.
- Enseñar cómo organizar o planificar el tiempo de ocio a través de actividades saludables.

(Instituto de Adicciones, 2012)

10. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- American Psychiatry Association. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Ander-Egg, E. (1992). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2016). *Manifiesto por la coordinación y la atención sociosanitaria*. Recuperado el 30 de 01 de 2016, de <http://www.aetabajosocialysalud.es/>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Galicia: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 39 de 08 de 2015, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>
- Butler, M. C., & Gorsuch, R. L. (1976). Initial drug case: A review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83 (1), 122-123.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Burgos. (2015). *La profesión del Trabajo Social*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, en <http://www.trabajosocialburgos.org/>
- Consejería de Salud, Igualdad y Servicios Sociales. (2008). *II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (PASDA)*. Recuperado el 4 de 01 de 2016, de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_II_Plan_Andaluz_sobre_Drogas_Y_Adiciones.pdf
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (2006). *Curso básico de información/formación sobre drogodependencias y adicciones*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Recuperado el 30 de 08 de 2015, de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/CURSO_BASIC0/CURSO_BASIC0_07.pdf
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. (2015). *Drogodependencias*. (J. de Andalucía, Editor) Recuperado el 30 de 08 de 2015, de <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdady politicassociales/areas/drogodependencia/incorporacion.html>
- Corral, P., & Echeburúa, E. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*. (V.22, nº2). Socidrogalcohol. Recuperado el 28 de 12 de 2015, de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Adicci%C3%B3n%20a%20las%20redes%20sociales.pdf>

De Benito, E. (27 de Junio de 2007). España se pasa de la raya. *El País*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2015, de http://elpais.com/diario/2007/06/27/sociedad/1182895204_850215.html

Diputación de Granada. (2016). *Servicio Provincial Drogodependencias*. Diputación de Granada. On line. Recuperado el 24 de 01 de 2016, de <http://www.dipgra.es/>

Diputación de Jaén. (2016). *Servicios del Centro Provincial Drogodependencias*. On line. Diputación de Jaén. Recuperado el 25 de 01 de 2016, de <http://www.dipujaen.es/>

EFE (18 de 09 de 2009). Los hombres consumen más drogas y las mujeres son más propensas a la adicción. *La Razón*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2015, de http://www.larazon.es/historico/los-hombres-consumen-mas-drogas-y-las-mujeres-son-mas-propensas-a-la-adiccion-LJLA_RAZON_74161#.Ttt1qBhQ6GOaeDd

Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. (1 ed.). Centro de Estudios Ramon Areceres (CERA).

Instituto de Adicciones. (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Ayuntamiento de Madrid: área de gobierno de medio ambiente, seguridad y movilidad. Recuperado el 23 de 01 de 2016, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloPsicologico.pdf>

Junta de Andalucía (2016). *Servicios sanitarios*. Junta de Andalucía. Recuperado el 30 de 01 de 2016, de <http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios.html>

Martín, M., & Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J.Ladero, J. Leza & I. Lizasoain, *Drogodependencias*. (pág. 25). Madrid: Panamericana.

Martínez, J. M., Trujillo, H. M., & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Recuperado el 14 de 07 de, de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/XI_PREMIO_DE_INVESTIGACION/XI_premio_de_investigacion.pdf

Molina Fernández, A.J. (2014). Las adicciones como problema social: evaluación del contexto actual. *Proyecto Hombre. Nuevos modelos de intervención en adicciones*. (84), 68-69.

Muñoz, M., & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, (V.13 , nº1). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 30 de 09, de <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>

Nafría, I. (4 de 3 de 2015). La evolución de los problemas en España durante los últimos 15 años. *La Vanguardia*. Disponible en:
<http://www.lavanguardia.com/vida/20150304/54427871469/evolucion-problemas-espana-ultimos-15-anos.html>

Non-Drug. (2015). *¿Qué es la drogodependencia?*. Recuperado el 28 de julio de 2015, de Non-Drugs: <http://cmcbjizuzquiza.jimdo.com/qu%C3%A9-es-la-drogodependencia/>

Obra Social "La Caixa". (2015). *Hablemos de drogas*. Recuperado el 15 de 08 de 2015 en:
<http://www.hablemosdedrogas.org>

Observatorio Vasco de Drogodependencias. (2006). *Euskadi y Drogas 2006*. Gobierno vasco. Recuperado el 02 de 02 de 2016 de http://cannabisymas.com/wp-content/uploads/2008/01/euskadiyrogas_2006.pdf

Osuna, J. M. (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *Carel*, (nº3). Revista de estudios locales. Carmona. Recuperado el 29 de 08 de 2015, de
http://www.carmona.org/publicaciones/carel/2004_8.pdf

Pons, J., & Berjano, E. (2010). *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

RAE. (2015). *Diccionario de la lengua Española*. (R. A. Española, Editor) Recuperado el 28 de 07 de 2015, de <http://www.rae.es/>

Redacción Madrid. (10 de Noviembre de 2015). La crisis potencia el consumo de drogas más baratas. *Diario ya*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2015, de <http://www.diarioya.es/content/la-crisis-potencia-el-consumo-de-drogas-m%C3%A1s-baratas>

Sánchez, L. (1995). La intervención asistencial en drogodependencias desde los servicios sociales generales. *Cuadernos de Trabajo Social*, (nº8). Universidad Complutense. Madrid. Recuperado el 17 de 01 de 2016, de
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9595110141A/8414>

Secades, R., & Fernández, J. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. Oviedo: Universidad de Oviedo. Recuperado el 26 de 01 de 2016, de
http://www.proyctohombreastur.org/fotos/estudio_oviedo.PDF

Trigueros, I., & Mondragón, J. (2005). *Trabajador Social: Campos de Intervención del Trabajo Social: Temario para la preparación de oposiciones*. (Vol. 4). España: Mad, S.L.

Wills, T. A., Pierce, J. P., & Evans, R. L. (1996). Large-scale environmental risk factors for substance use. *American Behavioral Scientist*, 39 (7), 226.

10.1. Bibliografía normativa

Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de Drogas. (BOE nº 308, de 24 de diciembre de 1992)

Ley 4/2009, de 15 de junio, de control de precursores de drogas. (BOE nº 145, de 16 de junio de 2009)

Real Decreto 865/1997, de 6 de junio, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas. (BOE nº 138, de 10 de junio de 1997)

Real Decreto 2499/1979, de 19 de octubre, sobre reestructuración de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas. (BOE nº 262, de 1 de noviembre de 1979)

Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados. (BOE nº 129, de 30 de mayo de 2003)

Ley 12/2003, de 24 de noviembre, para la reforma de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. (BOE nº 237, de 10 de diciembre de 2003).

Decisión 2003/847/JAI del Consejo, de 27 de noviembre de 2003, sobre las medidas de control y las sanciones penales respecto a las nuevas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, y TMA-2. (Diario Oficial nº L 321, de 6 de diciembre de 2003)

Decisión del Parlamento Europeo, de 6 de noviembre de 2003, sobre la aprobación de la gestión del Director del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías en la ejecución de su presupuesto para el ejercicio 2002. (Diario Oficial nº L 196/120, de 27 de julio de 2005)

10.2. Índice de ilustraciones

Tabla 1. Edad media de inicio en el consumo	19
Tabla 2. Evolución de las personas consumidoras	19
Tabla 3. El consumo según el sexo en Andalucía.....	20