

TRABAJO SOCIAL CON MENORES SANCIONADOS POR CONSUMO DE CANNABIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDENCIAS DE TORREJÓN DE ARDOZ

SOCIAL WORK WITH MINORS SANCTIONED FOR CANNABIS CONSUMPTION TREATED IN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDENCIAS IN TORREJÓN DE ARDOZ

Antonio Jiménez Fernández
CAID. Torrejón de Ardoz. Madrid. España

Resumen: Este trabajo recoge el análisis de la intervención desde el trabajo social realizada con menores sancionados por consumo de cannabis, que han acudido al Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de Torrejón de Ardoz, desde julio de 2015 hasta octubre de 2017, con el objeto de conocer su realidad social, la situación familiar y la evolución en el proceso terapéutico de cada uno de ellos.

Palabras Clave: Trabajo Social, Menor, Familia, Cannabis, Sanción Administrativa.

Abstract: This work includes the analysis of the intervention from social work carried out with minors sanctioned for cannabis use, who have attended the Integrated Center for Drug Addiction–Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) in Torrejón de Ardoz, from July 2015 to October 2017, in order to know their social reality, their family situation and the evolution in their therapeutic process of each of them.

Keywords: Social Work, Under Age, Family, Cannabis, Administrative Sanction.

| Recibido: 23/11/2018 | Revisado: 22/12/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: Antonio Jiménez Fernández. Trabajador social. CAID. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.
Email: ajimenez@movistar.es.

Referencia normalizada: Jiménez Fernández, A. (2019). Trabajo social con menores sancionados por consumo de cannabis atendidos en el Centro de Atención Integral de drogodependencias de Torrejón de Ardoz. *Trabajo Social Hoy*, 86, 93-120. doi: 10.12960/TSH.2019.0006

1. PRESENTACIÓN

Este artículo trata sobre la atención a menores consumidores/as de cannabis atendidos en el Centro de Atención Integral a Drogodependencias (en adelante, CAID) donde se desarrollan, entre otras muchas, laborales relacionadas con el trabajo social, en atención a este colectivo. Es una realidad vigente y actual, ya que a raíz de que son sancionados por la autoridad competente por el consumo o tenencia de esta sustancia en la vía pública, estos/as menores acuden acompañados de sus progenitores, en su mayoría, madres, solicitando sustituir la multa correspondiente por el tratamiento en el centro.

Este trabajo recoge el análisis de la intervención desde el trabajo social realizada con menores sancionados por consumo de cannabis, que han acudido al CAID de Torrejón de Ardoz del 1 de julio de 2015 (fecha en que entra en vigor la nueva Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana) hasta octubre de 2017, con el objeto de conocer su realidad social, la situación familiar y la evolución en el proceso terapéutico de cada uno/a de ellos/as.

Para ello, el trabajo consistirá en dos partes diferenciadas: una más teórica, en la que se recogen los objetivos de este trabajo, la justificación del tema y el marco teórico que incluye unos conceptos básicos en referencia al cannabis, una introducción a la intervención en trabajo social, y algunas leyes más destacables en materia de drogodependencias y sanciones administrativas, tanto de ámbito nacional como de ámbito autonómico; y una segunda parte más práctica, donde se recogen datos reales de los/as menores que acuden al dispositivo, a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas dentro de las citas programadas en el departamento de trabajo social, con los/as menores y sus familiares. Para finalizar se incluyen unas conclusiones y las recomendaciones para futuras investigaciones.

2. INTRODUCCIÓN

España se encuentra entre los países con mayor tasa de consumidores/as jóvenes de cannabis. Según Marta Torres, profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y directora del programa de Adicciones del Hospital del Mar, en una entrevista concedida al diario El País el pasado 2 de Mayo de 2016 (Torres, 2016) el sistema nervioso central en los adolescentes es más vulnerable a sufrir alteraciones en su estructura y conexiones neuronales por la introducción de sustancias exógenas como el cannabis. No se trata solo de pérdidas de concentración y de memoria que afectan al aprendizaje, deterioro cognitivo, falta de reflejos y alteraciones de capacidad motora, sino el riesgo de sufrir brotes psicóticos y –en casos de predisposición genética– esquizofrenia. “La posibilidad de desarrollar psicosis funcional

y esquizofrenia es más alta en aquellos/as que tienen una vulnerabilidad previa, y el cannabis es un disparador...”. Esta profesora señala que la eliminación del cannabis entre los/as jóvenes podría conllevar una reducción del 8 % de la incidencia de la esquizofrenia en la población. El mensaje que habría que transmitir a los/as jóvenes es, si van a consumir cannabis que lo hagan lo más tarde posible, cuando su cerebro ya esté desarrollado para evitar males mayores.

Según el informe sobre drogas 2017 realizado por del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017, p. 5), en España la prevalencia del consumo de sustancias ilegales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años: aproximadamente un tercio de los adultos admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilegal. El cannabis, seguido de la cocaína, es la droga más habitual, cuyo consumo se concentra principalmente entre los/as adolescentes y los adultos menores de 35 años. Aunque los últimos datos disponibles de la encuesta de 2015 en población general confirman que la prevalencia del consumo de ambas sustancias se ha reducido en los últimos diez años, los niveles asociados al cannabis y la cocaína en España siguen siendo superiores a otros países de la Unión Europea.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha realizado un estudio sobre el comportamiento del adolescente (*Health Behaviour in School-aged Children, 2013-2014*) y sitúa a los/as adolescentes españoles entre los que más consumen cannabis.

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 2015) del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 2015 en España se iniciaron en el cannabis 146 200 estudiantes de 14 a 18 años y de ellos/as 53 000 escolares hacen un consumo problemático. Los varones consumidores se sitúan por encima de las mujeres.

Señalar que la gran permisividad que se viene observando en los últimos años en nuestra sociedad, con respecto a que el cannabis es algo casi inocuo, también se percibe entre los/as adolescentes. La realidad es que uno de los efectos más graves es que el cannabis puede producir adicción y aumenta el riesgo de caer en sustancias aún más peligrosas o sufrir una enfermedad mental.

Algunas de las consecuencias del consumo de cannabis entre los más jóvenes puede ser el trastorno en el conocimiento, la adicción, síndrome amotivacional, que como señala Lorenzo (2009, p. 340) se caracteriza por una clínica subdepresiva –apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo en el que la indiferencia predomina sobre la tristeza, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, etc.–, cambios de carácter, esquizofrenia, somnolencia, complicaciones físicas, tanto en el sistema respiratorio, como en el cardiovascular, y otros.

Antonio Jiménez

A nivel de la población general, el consumo de cannabis crece ligeramente en España ya que hasta el 7,3 % de la población de entre 15 y 64 años, afirma haberlo fumado en el último mes. Según el artículo del diario El Mundo en su sección de Ciencia y Salud (Diario El Mundo, 2017), el perfil del consumidor de cannabis es de un hombre (74 %), de entre 15 y 34 años (60 %) y que consume una media de 2,5 porros al día, que en el 90 % de los casos se hacen mezclados con tabaco.

Los últimos datos estadísticos que obran en el municipio de Torrejón de Ardoz, en relación a jóvenes consumidores de cannabis, corresponde al II Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz 2012-2015 (2012, p. 44), que reseña lo preocupante del 22,82 % de jóvenes que tiene un consumo problemático de esta sustancia.

Es por todo ello que merece la pena dedicar esfuerzos al análisis y reflexión sobre este tema, que cada vez afecta a más jóvenes del mundo, y por supuesto también a más jóvenes de España.

Este consumo abusivo de drogas tiene un enorme impacto social, lo que implica un deterioro de la salud pública y del bienestar colectivo (expansión de patologías y enfermedades, aumento de la inseguridad ciudadana), así como numerosos problemas sociales para los sujetos consumidores y su entorno inmediato (problemas familiares, fracaso y/o exclusión del sistema escolar, problemas laborales, problemas de exclusión y/o marginación social...), (Gutiérrez, 2007, p. 182). Tanto afecta a la sociedad en general, que es necesaria la intervención del trabajo social en este fenómeno de las drogodependencias.

2.1. Definición de cannabis y efectos en el organismo

Las preparaciones de la planta *Cannabis Sativa* (marihuana) han sido utilizadas con fines medicinales y/o recreativos desde hace mucho tiempo y por diversos tipos de culturas (Lorenzo, 2009, p. 303).

Lorenzo (2009, p. 303) señala que el cannabis se encuentra actualmente entre las tres drogas más utilizadas, junto con alcohol y tabaco, siendo habitual su consumo junto con el de otras drogas.

Como señala la página web consultada del Plan Nacional sobre Drogas (2018), el cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis Sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el *Tetrahydrocannabinol* o THC, que se encuentra en diferentes pro-

porciones según el preparado utilizado: Marihuana (obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos), Hachís (elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra), y el Aceite de Hachís (resina de hachís disuelta y concentrada).

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros. Cuando se consume cannabis se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial, y se alteran muchas de las funciones que desarrolla.

Lorenzo (2009, p. 319) indica que el sistema endocannabinoide desempeña un papel modulador en diferentes procesos fisiológicos, principalmente en el cerebro, aunque también en los sistemas inmune y cardiovascular y, de forma menos clara, a nivel del metabolismo energético y a nivel endocrino.

Tras el consumo, se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos a largo plazo (Plan Nacional sobre Drogas, 2018):

- Problemas de memoria y aprendizaje.
- Peores resultados académicos.
- Abandono prematuro de los estudios.
- Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Trastornos del ritmo cardíaco (arritmias).
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

De manera similar, Lorenzo (2009, p. 320-324) describe los efectos farmacológicos de los cannabinoideos: efectos conductuales, efectos sobre el sistema endocrino, efectos sobre la reproducción y efectos en la descendencia.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2018), todo consumo implica un riesgo pero este es mayor en algunas circunstancias. Concretamente, durante la adolescencia, el cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El inicio temprano en el consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro, con más dificultad para dejar de consumir, con problemas de rendimiento escolar y con el abandono prematuro de los estudios.

2.2. La intervención social en drogodependencias

A la hora de intervenir en drogodependencias es necesario realizar una intervención integral con diferentes profesionales para poder desarrollar un trabajo interdisciplinar. Como señala el nuevo Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021 (2017, p. 63), se considera la interdisciplinariedad en adicciones como base de un proceso capaz de enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean estos específicos de las diferentes disciplinas, como comunes a todas ellas.

Se trata, por lo tanto, de aunar las aportaciones de cada profesional de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas sino que se articulen en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada persona y situación en cada momento del proceso, mediante un sistema de evaluación continua y teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto (Plan Adicciones, 2017, p. 63).

El consumo de drogas constituye en la actualidad un grave problema de salud pública, como revela Lorenzo, y entendiendo este concepto en un sentido amplio, que incluye no sólo aspectos estrictamente sanitarios sino, también, aquellos otros que se refieren al bienestar personal de los/as afectados/as y que tienen repercusiones de todo tipo en sus familias y en la sociedad en general (Lorenzo, 2009, p. 687).

Como señala Gutiérrez (2007, p. 171) es importante trabajar con un equipo multidisciplinar en el cual profesionales que abarquen varias ramas del conocimiento puedan implementar sus labores profesionales juntos, con el fin de poder observar y analizar los hechos desde ángulos variados para que, de esta forma, podamos contar con puntos de vista distintos y cada profesional brinde sus conocimientos. El objetivo del trabajo en equipo es unificar criterios de actuación, enriquecer la intervención individual y crear una nueva forma de trabajo para atender las necesidades de los participantes de un modo eficaz (Gutiérrez, 2007, p. 172).

En función de las áreas de intervención será necesaria la participación de los diferentes profesionales con sus respectivos conocimientos académicos:

Tabla 1: Profesionales de la intervención por áreas

Área	Preparación académica
Sanitaria	Médico/a, DUE, Psicólogo/a, Maestro/a
Dirección/Coordinación/ Gestión	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a
Gestión/Administración	Administrativo/a
Incorporación Social	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a
Psico-social Incorporación socio-laboral	Psicólogo/a, Médico/a, Monitores de Talleres, Educador/a, Técnico/a de Empleo, Trabajador/a Social.
Formación	Técnico de Oficios, Educador/a, Psicólogo/a, Pedagogo/a, Maestro/a.
Empresas de Inserción	Gerente, Tutor/a Laboral, Técnicos de Producción, Oficiales, Administrativo/a.

Fuente: Gutiérrez, 2007: 178.

Visto el alto consumo entre adolescentes y jóvenes, se necesitan intervenciones selectivas, dirigidas a los grupos que presentan una mayor vulnerabilidad.

Existe evidencia de que los/as jóvenes tienen la creencia de que el cannabis no es una droga tan adictiva ni peligrosa como las demás drogas (Menghrajani et al., 2005 citado por Morell-Gomis, 2017). Es más, el cannabis es frecuentemente considerado un símbolo de individualidad y la decisión de consumir es percibida como voluntaria o de libre elección (Megías y Rodríguez, 2016 citado por Morell-Gomis, 2017). Estas creencias distorsionadas son las que pueden impulsar una actitud favorable hacia el cannabis, y por ende, el uso y abuso de esta sustancia.

Existen teorías para intentar realizar una modificación de actitudes mediante intervenciones no directivas, Morell-Gomis (2017, p. 22), cita la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), en la que se asume que los individuos son capaces de aprender por interacción en su medio social, por observación de modelos. La mayoría de comportamientos están influenciados de forma deliberada o involuntaria por la observación de los otros. Por ejemplo, si un individuo observa que otro realiza un determinado comportamiento y recibe un premio u otra recompensa positiva, es probable que el individuo realice dicho comportamiento.

Desde la psicología social se ha investigado la influencia del tipo de modelo en el aprendizaje social o conocido como impacto social (Latané, 1981; Sedikides y Jackson, 1990, citados por Morell-Gomis, 2017). Estas teorías postulan que los modelos con más poder y los más parecidos o próximos al influenciado tienen mayor poder de persuasión.

En cuanto al trabajo social, considera el problema de la drogadicción en una gravedad máxima (Jiménez, 2016). Hay que matizar ante la afirmación que “la drogadicción es una enfermedad” ya que no puede emplearse como justificación de la comprensión, por no decir la “aceptación social” de la droga, así como para disculpar al drogadicto. Su gravedad no estriba sólo en sus deletéreos efectos sobre la salud del/de la paciente, y sobre su personalidad, su carácter, su vida laboral, económica, sexual, familiar, social, etc., sino, sobre todo, en la dificultad de su curación, si esta se consigue, pues exige esfuerzos sobrehumanos y una constante y heroica ayuda familiar, social y principalmente profesional, con el consiguiente coste, que no todo el mundo puede soportar.

El trabajo social se ha tenido que implicar crecientemente en el tratamiento de la drogadicción y no sólo ocupándose de los drogadictos, sino también de sus familias, siempre tan afectadas, a las que hay que ayudar a comprender el problema, a apaciguar miedos, ansiedades y sentimientos de culpa, a solidificar la unidad familiar y a aprender cómo dar apoyo y prestar ayuda al drogadicto (Jiménez, 2016).

El aumento exponencial de los drogadictos en los últimos años y el progresivo descenso de la edad en que los adolescentes empiezan a drogarse están afianzando la convicción de que estos últimos no se drogan tanto por razones personales, como por motivos sociales, esto es, por esos falsos valores que les ha inculcado la sociedad en la que viven, como son el hedonismo desenfrenado, el presentismo, la obtención del máximo placer aquí y ahora, el “carpe diem” (“exprime el día”) horaciano, desdeñando toda posible consecuencia a medio y largo plazo, etc. A estos obstáculos se añaden la presunción del “control” y las “medias verdades” de general aceptación, como las que hacen hincapié en la “dosis” o en la “enfermedad” (Jiménez, 2016, p. 57).

En referencia al concepto de modelo en trabajo social, señalar que integra todos los aspectos que forman parte de una intervención social: los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una determinada forma de llevar a cabo la práctica profesional.

Los modelos son constructos humanos, son producto de la racionalidad humana. En el campo de las ciencias sociales, la construcción de modelos y su sometimiento a la experimentación, como se hace en física o en otras disciplinas, es más delicada. Los fenómenos sociales, sobre todo los que tienen que ver con los procesos de cambio, como

es el caso del trabajo social, no pueden adaptarse a modelos donde su validez depende de que los datos se puedan ajustar a una línea recta, al uso de algunas constantes matemáticas, como se hace en física (Viscarret, citado por Jiménez, 2016: p. 300).

La meta profesional, a nivel social fundamentalmente, es conseguir la integración social como proceso (Plan Adicciones, 2017, p. 65): la integración social de las personas con un problema de adicciones se considera un objetivo fundamental a conseguir a través del proceso de intervención con el fin de lograr que la persona afectada recupere progresivamente una función en la sociedad positiva y activa utilizando, con criterios de equidad y normalización, todos aquellos recursos que la comunidad pone a su alcance.

Siguiendo con el Plan de Acciones de la ciudad de Madrid, en él se señala que si bien teóricamente, la integración social y laboral suele considerarse como una etapa o fase muy diferenciada del resto de tratamiento, en la práctica resulta imposible separar ambos procesos que pueden y muchas veces deben ser simultáneos o paralelos. El logro de objetivos a lo largo del proceso de atención refuerza la integración social y viceversa.

Por tanto, para lograr la recuperación e integración social de las personas afectadas por un problema de adicción, será necesario desarrollar estrategias de acción dirigidas a potenciar la colaboración e implicación de otras áreas municipales así como de organismos o entidades tanto de la Administración Pública como de la iniciativa privada o empresarial.

La intervención social que se realiza en el CAID de Torrejón de Ardoz sigue el Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones (2012) de la ciudad de Madrid, atendiendo a las áreas de trabajo: salud, consumo, familia, relaciones sociales, formación y empleo, y ocio.

A continuación se relacionan las actuaciones realizadas por el/la trabajador/a social, según los objetivos de cada área de intervención:

Tabla 2: Áreas, Objetivos y Actuaciones del Trabajador Social

Áreas	Objetivos	Actuaciones
Área de Salud	Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas	<p>Información y orientación sobre expectativas de tratamiento.</p> <p>Establecimiento de un vínculo terapéutico.</p> <p>Asesoramiento sobre posibles recursos a utilizar.</p> <p>Refuerzo del papel de la familia.</p> <p>Recepción y elaboración de informes.</p> <p>Coordinación entre las partes intervinientes en el proceso terapéutico.</p>
Área de Consumo	Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo	<p>Dar apoyo y contención.</p> <p>Motivación al paciente para su implicación en el tratamiento y para el cambio.</p> <p>Seguimiento y refuerzo de resultados positivos en controles toxicológicos.</p> <p>Dar pautas para el cambio de hábitos de relación social.</p> <p>Orientación y asesoramiento acerca de los recursos sociales.</p>
Área de Familia	Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el usuario	<p>Apoyo en la elaboración de nuevos discursos que favorezcan diferentes interacciones entre los miembros de la familia.</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda pensar en posibles respuestas alternativas que mejoren sus vidas partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar.</p> <p>Apoyo a las familias para incrementar su motivación a la hora de participar activamente en las actividades propuestas por el equipo terapéutico.</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda afrontar las diferentes situaciones críticas de manera cohesionada y adaptativa.</p>
Área de Relaciones Sociales	Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables	<p>Valoración junto con el usuario de su red social y de sus posibles riesgos o potencialidades, así como de la existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo.</p> <p>Información, orientación y asesoramiento sobre actividades normalizadas facilitadoras de las relaciones sociales.</p> <p>Coordinación con los recursos comunitarios para favorecer el acceso.</p>
Área de Formación y Empleo	Conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuados, satisfactorios y estables	<p>Análisis y valoración de inquietudes e intereses formativo-laborales.</p> <p>Asesoramiento al usuario para que identifique y exprese sus intereses con un proyecto definido.</p> <p>Análisis, junto con el usuario, de sus potencialidades y dificultades, de cara a su inserción laboral.</p>
Área de Ocio	Lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable	<p>Valoración de la capacidad del usuario para desarrollar un ocio saludable.</p> <p>Apoyo y orientación para que el paciente identifique sus aficiones e intereses en el ámbito del ocio y tiempo libre.</p>

Fuente: Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones (2012) de la ciudad de Madrid.

2.3. Legislación

En este apartado se señalan algunas de las leyes más destacables en materia de drogodependencias y en materia de sanciones administrativas al respecto, tanto de ámbito nacional como de ámbito autonómico. Se indican por orden cronológico:

- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
- Decreto 125/2017, de 17 de octubre, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud.

3. OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes;

- Conocer el perfil social de los menores consumidores de cannabis que son atendidos en el CAID de Torrejón de Ardoz de 2015 a 2017.
- Analizar el desarrollo del proceso de atención social de los menores consumidores de cannabis, que acuden al CAID de Torrejón de Ardoz entre 2015 y 2017.

4. METODOLOGÍA

En la tarea cotidiana del trabajador social se han utilizado los datos referentes a los menores consumidores de cannabis durante el periodo de julio de 2015, fecha en que entra en vigor la nueva Ley de Protección Ciudadana (Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana), hasta octubre de 2017.

Se han revisado las historias sociales, documentalmente recogidas en los expedientes del CAID de Torrejón de Ardoz.

Posteriormente, y a la vez que se han ido realizando los seguimientos sociales de cada uno de los/as menores participantes en este estudio, se han recogido los datos y toda la información relevante en las entrevistas realizadas en profundidad.

Antonio Jiménez

Como se señala en el siguiente punto del análisis del estudio, han sido atendidos 35 jóvenes cuya problemática era el consumo de cannabis y que habían sido sancionados por ello, por la autoridad competente.

Con todo ello se ha realizado un análisis descriptivo con datos cuantitativos y cualitativos, que ha permitido elaborar diferentes gráficos con el objeto de mostrar con mayor detalle el perfil del menor consumidor sancionado por consumo de cannabis en el municipio de Torrejón de Ardoz.

Para finalizar, se recogen unas conclusiones que permiten observar tanto el perfil social, como el proceso de atención social de los jóvenes entrevistados; y se señalan unas recomendaciones para futuras investigaciones.

5. RESULTADOS

El análisis que a continuación se detalla es el reflejo de la realidad propia del Departamento de Trabajo Social del CAID de Torrejón de Ardoz. Se recoge de manera pormenorizada el detalle de los/as menores que han sido atendidos por el trabajador social de dicho centro y que han sido sancionados por consumo o tenencia de cannabis en la vía pública.

Tras el análisis de las historias sociales y las diferentes entrevistas en profundidad realizadas a las personas atendidas se observa que la motivación, en la mayoría de las ocasiones, no es por un motivo interno y personal, sino que el principal motivo de someterse a tratamiento es la presión familiar y/o presión económica que implica no querer pagar la correspondiente multa.

Frases como:

“Vengo a que me quiten la multa”.

“Yo no quiero dejar de consumir, pero mi madre me obliga a venir porque no quiere pagar la multa”.

“Cuándo me quitáis la multa. Yo ya he venido a solicitarlo”.

Hay que tener en cuenta que, legalmente, ningún menor es responsable económico, por lo que dicha responsabilidad económica recae sobre los padres y/o tutores/as legales. Este motivo, puede hacer que, en ocasiones, los menores, no sientan que tienen que hacer “nada”, ya que hagan lo que hagan, los responsables del pago de la sanción son los padres.

Es cuestión de educación familiar, el implicar al joven en asumir la responsabilidad, y aunque no es el sujeto responsable a nivel económico, sí que lo es a nivel perso-

nal, dado que el que tenía la sustancia o la consumía en la vía pública era él y no los padres. Desde esa educación, la familia debería implicarse en someter al menor a la realización de una actividad doméstica o familiar que le comprometa, y por tanto que le responsabilice.

Lo habitual es que una vez que los padres se han informado de la forma de proceder para la sustitución de la sanción administrativa por el tratamiento en el CAID, firmen el consentimiento informado y los correspondientes documentos de protección de datos para que el/la menor inicie el proceso de tratamiento lo antes posible.

La dinámica en el CAID de Torrejón de Ardoz, similar al de los demás CAID de la Comunidad de Madrid, y es que una vez que los padres están informados, el menor, junto con al menos uno de ellos, acuda a la entrevista de acogida realizada por un enfermero/a. En esta primera cita se le informará en qué consiste el tratamiento y los profesionales a los que tendrá que ver (médico, psicólogo y trabajador social), dando las correspondientes citas programadas con estos profesionales.

Dado que no es el objeto de estudio de este trabajo, no se entrará en el análisis de las intervenciones realizadas por parte del médico y del psicólogo, aunque ya se ha mencionado que toda intervención profesional supone la interdisciplinariedad en el proceso de tratamiento.

Normalmente, el siguiente profesional que atiende al menor junto a su familia, después del enfermero, es el trabajador social.

En la primera entrevista, se intenta realizar un trabajo de empatizar y vincularse con el /la menor, ya que en este primer contacto, está prácticamente en juego el éxito o el fracaso de la intervención social que se lleve a cabo en el futuro.

Es importante establecer un buen vínculo con el menor, y hacerle protagonista de su proceso, dejando en un segundo plano a los padres que, aunque son de gran relevancia, quien tiene que someterse al proceso terapéutico es el joven.

La recogida de datos personales, administrativos, sanitarios, formativos y de convivencia familiar se suele realizar en esa primera entrevista con el fin de adquirir la mayor información del menor y su entorno. Esto hará que se pueda conocer de mejor manera la situación personal y familiar del menor, destacando siempre los intereses personales y lo que realmente le importa en su vida.

Entre la primera y tercera entrevista, el/la trabajador/a social se ha podido hacer una buena composición de lugar del/de la menor, de la familia y del entorno social que vive.

Antonio Jiménez

En posteriores entrevistas se va realizando el seguimiento social del menor en coordinación con el resto de profesionales del CAID. Los objetivos y actuaciones de las entrevistas que realiza el/la trabajador/a social han quedado recogidos en el apartado de la intervención social en drogodependencias.

Seguidamente se detallan los datos más significativos recogidos en las entrevistas, que permitirán elaborar un plan de intervención social individualizado para ayudar al /a la menor en la reducción y abandono del consumo de cannabis.

En el periodo comprendido entre julio de 2015 y octubre de 2017 han sido atendidos 35 menores de edad sancionados por consumo y/o tenencia de cannabis en la vía pública.

Las características más significativas de estos menores son las siguientes:

5.1. Sexo

Como se puede observar en el Gráfico 1, la gran mayoría son chicos: han acudido 33 chicos y 2 chicas, lo que en términos porcentuales son 94 % (hombres) y 6 % (mujeres).

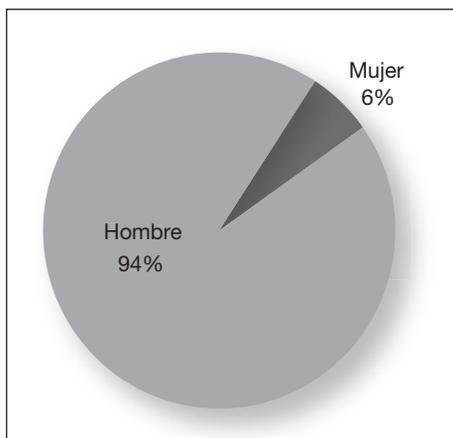


Gráfico 1. Sexo.

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Edad

Con respecto a sus edades, en el Gráfico 2, se observa que, la mayoría tienen 17 años de edad.

Señalar que los tres jóvenes de 18 años han cumplido la mayoría de edad durante el proceso de tratamiento. Como estos datos están recogidos para el periodo comprendido de julio de 2015 a octubre de 2017, en octubre de 2017, estos jóvenes ya habían cumplido la mayoría de edad, aunque iniciaron el proceso de tratamiento siendo menores.

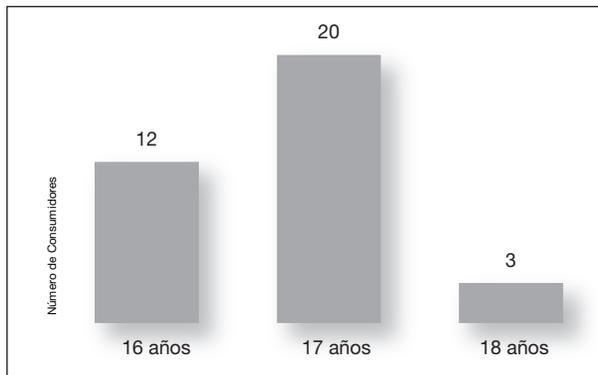


Gráfico 2: Edad.

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Nacionalidad

Conocer el dato de la nacionalidad (Gráfico 3) merece especial interés, ya que existen notables diferencias entre ser español y ser inmigrante. Para los jóvenes inmigrantes, las consecuencias del proceso migratorio realizado por sus padres han implicado una serie de renunciadas y de efectos en los que los jóvenes no han decidido y, en la mayoría de los casos, no se ha contado con ellos/as a la hora de cambiar de país.

El proceso vital, por tanto, de un/a menor nacido en España con padres españoles no es igual que el vivido por los menores que vienen acompañados de sus padres, y que no han decidido en ningún momento su viaje. Destacar que en las entrevistas realizadas estos/as menores mencionan que han tenido dificultades en los cambios de centros educativos para adaptarse, en algunos casos, incluso al idioma, y todos han tenido que renunciar y han dejado a sus amigos y grupo de iguales en el país de origen, perdiendo un importante vínculo en cuanto a pertenencia e identidad.

Antonio Jiménez

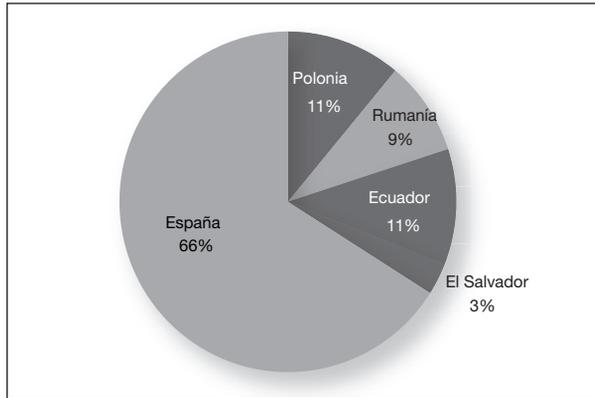


Gráfico 3. Nacionalidad.

Fuente: Elaboración propia.

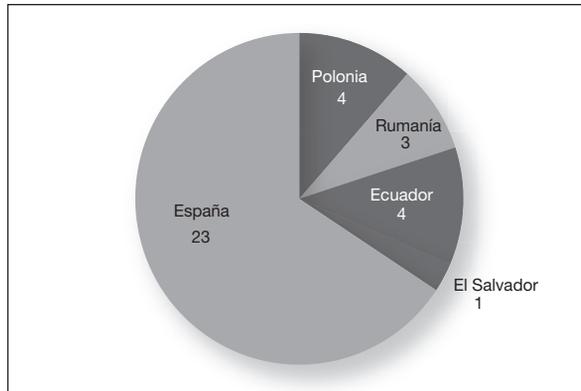


Gráfico 3-bis. Nacionalidad.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 permite observar tanto el número de jóvenes como el porcentaje de cada una de las nacionalidades detalladas en los gráficos anteriores:

Tabla 3. Nacionalidad

	Número	Porcentaje
Ecuador	4	11 %
El Salvador	1	3 %
España	23	66 %
Polonia	4	11 %
Rumanía	3	9 %

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Estudios

En cuanto a los estudios realizados (Ver Gráfico 4), en estas edades, los/as jóvenes ya deberían haber finalizado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.), pero la realidad es que tan solo 13 de los 35 jóvenes participantes de este estudio la han finalizado y, del resto (22), 18 han abandonado los estudios sin finalizar por tanto la ESO y sin incorporarse a ninguna actividad formativa alternativa. Tan solo 4 han optado por una Formación Profesional en distintas ramas. De los adolescentes que abandonaron los estudios, menos de la mitad han conseguido sus primeros contactos laborales en trabajos muy precarios, en su mayoría, sin reunir las condiciones básicas de protección en la Seguridad Social, siendo en su mayoría trabajos esporádicos de duración muy limitada, en economía sumergida y a través de amigos o conocidos.

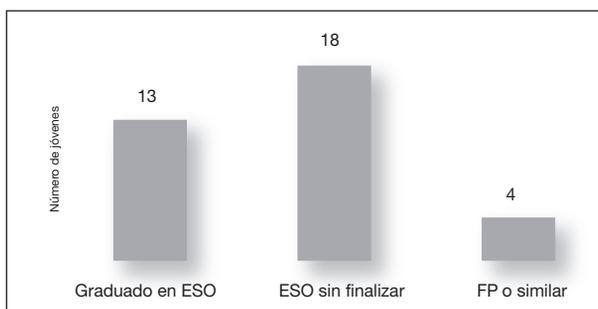


Gráfico 4: Estudios.

Fuente: *Elaboración propia.*

5.5. Entorno social

En este análisis es importante conocer el entorno social del/de la menor y saber si el grupo de iguales está vinculado también al consumo. En un principio la sospecha es que sí, y los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad realizadas confirman dicha sospecha (Ver Gráfico 5):

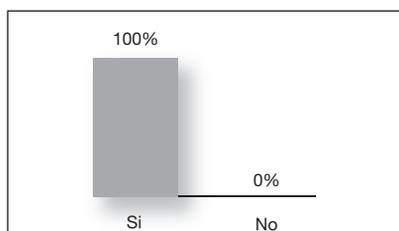


Gráfico 5. Amigos consumidores.

Fuente: *Elaboración propia.*

El 100 % de los/as menores entrevistados asegura que su grupo de iguales, sus amigos/as, también consumen sustancias tóxicas, en su mayoría cannabis, aunque también mencionan el consumo de alcohol y contacto inicial con otras drogas.

Según indica ADES (2011, p. 19), “el ejercicio regular siempre ha sido recomendado por los profesionales de la salud para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida, pero puede significar mucho más cuando se trata de la recuperación en la adicción a sustancias”.

Esta publicación señala que “en general, la actividad física y el deporte, no sólo producen una mejora del estado físico de la persona sino también puede generar efectos positivos como la mejora de la autoimagen y una sensación de bienestar. Asimismo, diversos estudios corroboran que el ejercicio físico, regular y controlado, es una estrategia que permite una disminución de la ansiedad y una mejora del estado de ánimo” (ADES, 2011, p. 19)

ADES añade que “las actividades deportivas fomentan también, el espíritu de equipo, la conciencia de una meta común y el aprendizaje en la necesidad de trabajar para conseguir objetivos a medio y a largo plazo. La práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las consecuencias de una acción y tomar decisiones” (2011, p. 20).

Resulta significativo que la práctica del deporte puede ser un factor de protección en cuanto al consumo de cannabis. Numerosos estudios e investigaciones mencionan que la realización de alguna actividad deportiva favorece el retraso de consumo de tóxicos.

Uno de los problemas más graves a los que se enfrenta la sociedad actual resulta ser el consumo de drogas por parte de la población infantil y juvenil. La práctica deportiva puede actuar como factor de prevención del consumo; se la considera como uno de los hábitos más representativos de un estilo de vida saludable. Usán y Salavera (2017), en su estudio, analizan la relación e influencia de la motivación hacia la práctica deportiva en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis de adolescentes deportistas escolares. Los resultados desprenden influencias significativas de motivaciones intrínsecas, extrínsecas y falta de motivación en las diferentes prevalencias de consumo en unos patrones de comportamiento más o menos autodeterminados y adaptativos.

El objetivo de esa investigación (Usán y Salavera, 2017) era analizar la relación e influencia de la motivación deportiva en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en deportistas adolescentes escolares. De este modo, se planteaba la existencia de relaciones significativas entre mayores motivaciones intrínsecas y menores consumos de alcohol, tabaco y cannabis en una línea más de conductas más autodeterminada. La

motivación de los adolescentes influye y desempeña una labor relevante sobre las conductas de consumo, por lo que resulta fundamental atender a ella para la prevención e intervención del consumo en aras de una mayor adherencia y disfrute de la actividad físico-deportiva.

Se confirma, también entre los adolescentes que han participado en este trabajo (ver Tabla 4), que la mayoría de ellos (un 71 %), no realiza ningún tipo de actividad deportiva, argumentando que prefieren estar relajados en el sofá de casa o jugando con dispositivos móviles, ordenadores..., que no implican movimiento ni esfuerzo físico; frente a un 29 % que sí lo hace, practicando normalmente, fútbol, ejercicios de musculación o *street workout* (que es un movimiento sociodeportivo que se basa en entrenar en la calle, usualmente en parques y espacios públicos usando el propio cuerpo y el entorno).

Tabla 4. Deporte

Practican deporte	Nº. de Menores	Porcentaje
Si	10	29 %
No	25	71 %

Fuente: Elaboración propia.

De manera gráfica los datos son los siguientes:

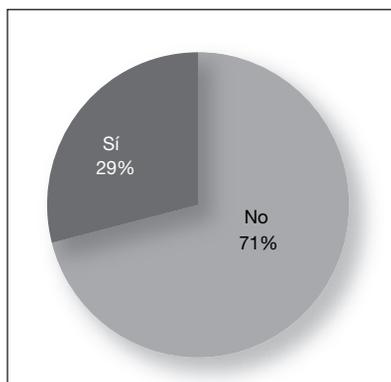


Gráfico 6. Deporte.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al consumo de otras sustancias tóxicas, en su mayoría los entrevistados no reconocen haber tenido contacto con otras drogas, salvo el alcohol y el tabaco, y resulta significativo mencionar que un 66 % de los entrevistados consideran ser consumidores habituales de alcohol (ver Gráfico 7), siendo su consumo durante los fines de semana y en el contexto lúdico de "botellón", y no consideran que sea un consumo

perjudicial, ya que refieren que no les incapacita para mantener sus actividades cotidianas, y por tanto, sin tener ningún problema asociado a dicho consumo, y además, verbalizando “*que lo hace todo el mundo*”.

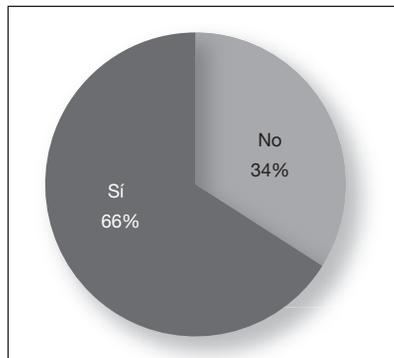


Gráfico 7. Consumo de Alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

5.6. Situación familiar

Si el entorno social del menor es importante, aunque aquí se mencionen tan solo unas breves pinceladas, el entorno familiar es meramente fundamental, ya que la base educativa y la socialización primaria del menor pasa necesariamente por el contacto familiar.

Como señalan Iglesias y Ayuso (2007, p. 23), “la red familiar es básica para ayudar en tareas relacionadas con la crianza de los/as hijos/as, hacer frente al cuidado de los/as ancianos/as, como sustento a las situaciones de paro prolongado, para asumir las consecuencias de los casos de droga y de enfermedades como el sida, para la atención a los/as enfermos/as y, en gran medida, es la que realiza el apoyo a los/as hogares con menores donde la mujer se ha incorporado al trabajo extradoméstico. Incluso las instituciones hospitalarias funcionan, en gran parte, por la red de apoyos y cuidados que los familiares suministran a los internados”.

Aunque el análisis familiar de los/as menores consumidores/as de cannabis podría ser objeto de otro estudio exclusivo, a continuación solo se detalla el dato del estado civil de los progenitores (separados o viudos). Aunque, el dato de “padres separados” y “padres no separados”, de este estudio está muy equiparado, como se puede observar en el gráfico y tabla adjunta (Gráfico 8), dieciséis menores tienen padres separados que junto con otros dos menores cuyos padres fallecieron hacen un total de 18 menores que suelen convivir con solo uno de los progenitores.

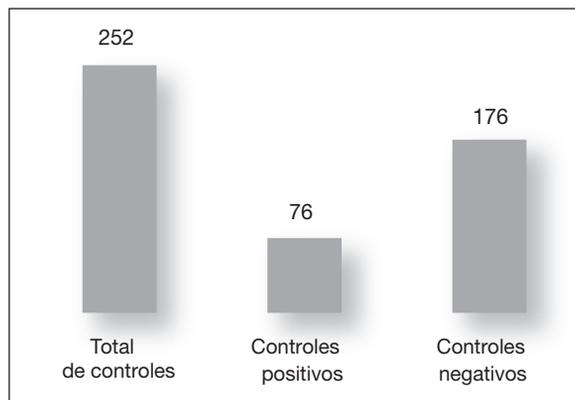


Gráfico 8: Situación Familiar.

Fuente: Elaboración propia.

Según estudios realizados, muchas de las líneas de investigación dirigidas al estudio del consumo de drogas están intentando determinar la posible contribución de la familia tanto en el inicio como en el mantenimiento del mismo (Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001). Según se recoge en este artículo, muchos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar, como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse, podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo futuro de tóxicos por parte de los/as hijos/as.

Destacar que, además de la estructura y composición familiar, la disciplina familiar y las relaciones afectivas y comunicación, también pueden influir en el consumo. La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión (Brook et al., 1990; Pons, Berjano y García, 1996 citado por Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001), y por la sobreimplicación maternal en las actividades de los/as hijos/as (Recio et al., 1992 citado por Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001), parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo/a correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta.

5.7. Controles toxicológicos

A continuación se detallan en la Tabla 5, los controles toxicológicos de orina realizados. Se muestra el número de sanciones, el número de controles y el número de los que son positivos y /o negativos.

Tabla 5: Controles Toxicológicos de orina realizados

Identificador Número de Sanciones	Número de Controles	Positivos	Negativos	
1	1	7	4	3
2	1	12	1	11
3	1	0	0	0
4	2	0	0	0
5	1	5	0	5
6	3	10	8	2
7	1	9	0	9
8	1	0	0	0
9	1	9	0	9
10	1	2	2	0
11	1	12	0	12
12	1	9	0	9
13	1	12	1	11
14	1	8	0	8
15	2	7	3	4
16	1	8	7	1
17	1	6	5	1
18	1	1	0	1
19	1	2	1	1
20	1	7	4	3
21	1	12	2	10
22	1	12	1	11
23	1	11	1	10
24	1	5	1	4
25	1	6	4	2
26	1	8	5	3
27	1	0	0	0
28	1	11	4	7
29	3	12	2	10
30	1	7	3	4
31	2	6	5	1
32	1	5	3	2
33	1	10	4	6
34	1	12	3	9
35	1	9	2	7
		252	76	176

Fuente: Elaboración propia.

En esta Tabla (5), a cada usuario/a, se le asigna un número (identificador), con objeto de mantener el anonimato de cada joven.

En su mayoría cada joven acude al CAID con una sanción administrativa, salvo en el caso de cinco de ellos, a los que se les ha impuesto: dos sanciones a tres jóvenes, y tres sanciones a dos jóvenes. La explicación de esta acumulación de sanciones es porque a estos jóvenes se les ha intervenido policialmente, en esas ocasiones que se señalan.

Mientras las intervenciones policiales se hayan producido antes de haber iniciado el proceso terapéutico en el CAID, procede el sometimiento al tratamiento para que le sean sustituidas las dos o tres sanciones que tienen impuestas, en un mismo y único proceso terapéutico.

Los controles toxicológicos se suele indicar que sean realizados por los/as jóvenes cada quince días aproximadamente, ya que el THC (<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>), principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50 %. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.

Los/as jóvenes de este estudio han realizado 252 controles toxicológicos, de los cuales, 76 han resultado ser positivos a la sustancia analizada (cannabis), y 176 han sido negativos (ver Gráfico 9).

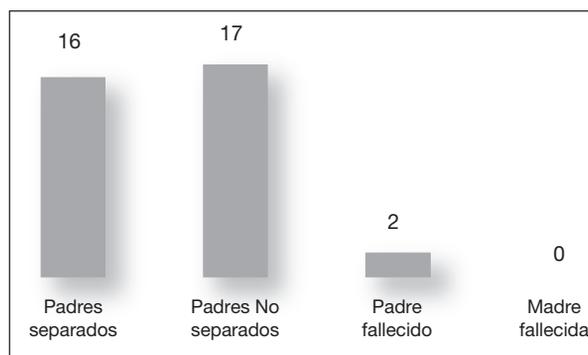


Gráfico 9: Controles Toxicológicos Realizados.

Fuente: Elaboración propia.

Si se realiza un análisis pormenorizado de estos resultados, se observa (Ver Tabla 5) que 4 de los jóvenes (los números 3, 4, 8 y 27 de la tabla) no han realizado ningún control toxicológico de orina, debido a que manifiestan y reconocen que mantienen el consumo en los momentos en que se han realizado las entrevistas, por lo que el profesional de referencia considera que no procede la realización de dichos controles si se sabe a ciencia cierta que el resultado será positivo.

En la observación de los resultados de los controles toxicológicos que han realizado los jóvenes se puede confirmar que al menos doce de ellos (los números 2, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 22, 23 y 24) obtienen una evolución favorable, ya que desde el primer control realizado o desde el segundo el resultado ya es negativo; es decir, que estos/as jóvenes ya están manifestando abstinencia al cannabis en su proceso.

En el lado opuesto, nos encontramos que hay once jóvenes (los número 1, 6, 10, 15, 16, 17, 20, 25, 26, 28, y 31) entre los que, por el contrario, los controles toxicológicos con resultado positivo son mayoritarios a los negativos. Terapéuticamente se argumenta este resultado como que estos jóvenes están teniendo más dificultades en obtener la abstinencia por diferentes razones; en unas ocasiones es posible que sea porque no están concienciados al 100 % del abandono del consumo, y en otras ocasiones no es que no estén concienciados, sino que su entorno familiar y/o social no les es favorable para dejar el consumo. Son estos jóvenes los que pueden necesitar una intervención más intensiva y realizar un mayor trabajo con ellos. Para ello, se suele incidir más en la importancia de las citas individualizadas con los diferentes profesionales, y desde el trabajo social se insiste en tomar conciencia de la situación que vive el/la joven y observar qué opciones se pueden revisar a la hora de que se encuentre una alternativa al consumo del cannabis.

6. CONCLUSIONES

Tras realizar este estudio se puede concluir en las siguientes líneas un determinado perfil social de los/as menores entrevistados/as, y observar su desarrollo del proceso de atención social.

En cuanto al perfil de los/as menores entrevistados, se ajusta a las siguientes características:

- Son varones. El 94 % de los/as jóvenes atendidos son chicos, y tan solo el 6 % son chicas.
- De 17 años de edad (20 jóvenes de los 35 entrevistados).
- Son de nacionalidad española (60 %).
- No han finalizado los estudios en su mayoría (18 jóvenes), pero es significativo que 13 sí habían finalizado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), y 4, eligieron estudiar una profesión en alguna rama de la Formación Profesional (FP).

- El entorno social del menor se ubica en un entorno predispuesto al consumo de cannabis, ya que de los datos obtenidos, el 100 % de los jóvenes entrevistados se mueven con un grupo de iguales también de consumidores, tanto de cannabis como también de alcohol.
- No son deportistas en su mayoría, ya que tan solo el 29 % practica algún deporte, frente a un 71 % que no tiene ninguna actividad deportiva.
- Con respecto a la situación familiar, el estudio recoge que 17 jóvenes viven con ambos progenitores, lo que refleja cierta estabilidad familiar, al garantizar con ello ciertos ingresos económicos, ya que si no los dos, al menos uno de los padres, trabaja, aunque no exista una opulencia económica en ninguno de los casos analizados. Es importante el dato de 16 jóvenes cuyos padres están separados, y que sumando otros 2 jóvenes cuyo padre falleció, tenemos que 18 jóvenes viven con un solo progenitor. Esta situación genera cierta inestabilidad, además de la emocional, en el hogar familiar, ya que además del cuidado de los/as menores es necesario tiempos de ausencia en casa, por parte del padre o de la madre, para poder ir a trabajar.

En cuanto a la *demonstración de abstinencia* a través de los controles toxicológicos de orina se observa un abanico de ambivalencia que va desde los que inician el proceso estando ya abstinentes, como aquellos que requieren de más tiempo y de una intervención más intensa a la hora de conseguir dicha abstinencia. Actualmente todos los jóvenes atendidos están en tratamiento, pero se podría aventurar que los que realizan ya los controles toxicológicos negativos van a finalizar su proceso con el alta terapéutica. Realizando una estimación con estos datos, se podría señalar que, 13 jóvenes obtendrían el alta terapéutica, y resulta difícil estimar el número de abandonos de los jóvenes en el proceso porque el hecho de que todavía obtengan resultados positivos en los controles solo significa que el riesgo del abandono es mayor, pero no tiene por qué ser el resultado final.

Y en cuanto a su *desarrollo del proceso de atención social*, señalar que la estancia media en el tratamiento es de un año aproximadamente, oscilando entre un mínimo de seis meses, que implica una abstinencia absoluta desde el primer control toxicológico de orina realizado, y año y medio, e incluso algún joven puede permanecer hasta dos años. Los resultados de estos últimos podrían indicar un posible abandono en el proceso, ya que al permanecer mucho tiempo sin resultados negativos en los controles, los jóvenes podrían abandonarlo. Durante todo el desarrollo del tratamiento, en cuanto a la parte social se refiere, como se ha explicado en páginas anteriores, se realiza el seguimiento con entrevistas y contactos telefónicos, a la vez que coordinaciones con otras entidades sociales para favorecer la integración de los/as menores.

Para finalizar, destacar una noticia publicada en la prensa española el pasado mes de octubre de 2017 (Young, 2017), en donde se señalaba que Islandia sabía cómo acabar con las drogas entre adolescentes. El artículo relata que en Islandia, la relación entre

la ciudadanía y el Estado ha permitido que un eficaz programa nacional reduzca las tasas de abuso del tabaco y alcohol entre adolescentes y, de paso, ha unido más a las familias y ha contribuido a que los/as jóvenes sean más sanos en todos los sentidos. La forma de proceder se detalla a continuación: “Las leyes cambiaron. Se penalizó la compra de tabaco por menores de 18 años y la de alcohol por menores de 20, y se prohibió la publicidad de ambas sustancias. Se reforzaron los vínculos entre los padres y los centros de enseñanza mediante organizaciones de madres y padres que se debía crear por ley en todos los centros junto con consejos escolares con representación de los padres. Se instó a estos últimos a asistir a las charlas sobre la importancia de pasar mucho tiempo con sus hijos/as en lugar de dedicarles “tiempo de calidad” esporádicamente, así como a hablar con ellos de sus vidas, conocer a sus amistades, y a que se quedasen en casa por la noche. Asimismo, se aprobó una ley que prohibía que los adolescentes de entre 13 y 16 años saliesen más tarde de las 10 en invierno y de medianoche en verano. La norma sigue vigente en la actualidad”.

Trabajos semejantes se han realizado en España, pero no parece que se obtenga el mismo resultado, ya que la crítica al respecto indica que no se pueden comparar las mismas circunstancias entre ambos países (Islandia y España), ya que ni la cultura, ni la climatología, ni los espacios cerrados y abiertos son similares en los dos países.

7. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Con la finalización de este trabajo no se agota la investigación social en el futuro, refiriéndose al tema planteado, y cabe realizar otras propuestas entorno a ello, tales como:

- Realizar un análisis comparativo entre diferentes periodos de tiempo con el fin de ver la evolución en el proceso de tratamiento de los pacientes.
- Hacer un estudio comparativo con otras profesiones y destacar las diferencias y los puntos en común para intensificar el trabajo en equipo y favorecer un trabajo integral más favorable al paciente.
- Realizar un análisis similar en otros CAIDs de la Comunidad de Madrid con el fin de contrastar la información para observar si existen o no diferencias en cuanto al perfil social analizado en este trabajo.
- Realizar una comparativa entre el consumo de cannabis (analizado en este trabajo) con el consumo de alcohol y otras drogas entre los mismos pacientes estudiados en este trabajo.
- Realizar un estudio de la intervención familiar realizada pormenorizada, incluyendo información por parte de los progenitores de los menores consumidores.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADES, Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. (2011). *Actividad Físico-Deportiva en el Tratamiento de las Drogodependencias*. Madrid.
- DECRETO 125/2017, de 17 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de Agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, B.O.C.M. núm 249 (2017).
- ESTUDES. (2015). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias de España 2014-2015*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Iglesias, J., y Ayuso, L. (2007). *Permanencia y cambio en la familia española del siglo XXI en Intervención Social con familias*. (Director: Francisco Gómez Gómez). Madrid. Ed. McGraw-Hill – Interamericana de España, S.A.U.
- Inchley J., et al., Eds. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 7*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 5136 1.
- Jiménez, A. (2011). *Las funciones del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Torrejón de Ardoz*. Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz. Documento no publicado (uso interno).
- Jiménez, A. (2016). *El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense. Madrid.
- LEY 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, BOE núm 176. (2002).
- LEY ORGÁNICA 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, BOE núm 77. (2015).
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Morell-Gomis, R.; Lloret Irlés, D.; Moriano León, J. (2016). Pasa la vida. Prevención selectiva del consumo de cannabis entre adolescentes. *Metamorfosis*, 5, 20-31.
- Muñoz-Rivas, M., y Graña-López, J.L. (2001) Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- REAL DECRETO 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas, BOE núm 172. (1993).
- Madrid Salud. (2017). *Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2017-2021*. Madrid:

- Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Salud, Seguridad y Emergencias. O.A. Madrid Salud. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
- II Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz (2012-2015).
- Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. (2012). Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Medio Ambiente, Seguridad y Movilidad. Organismo Autónomo Madrid Salud. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid.
- Usán, P., y Salavera, C. (2017) Influencia de la motivación hacia el deporte en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 119-131.
- Viscarret, J. (2009). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. En T. Fernández García (coord.). *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-342). Madrid: Alianza.

Enlaces (páginas web):

- “Los devastadores efectos del cannabis en los jóvenes” (2015, marzo 16). Diario El Correo. Salud. Edición Bizkaia. (Página web consultada el 18 de septiembre de 2017).
- “Sube el consumo de cannabis en España” (2017, mayo 26). Diario El Mundo. Ciencia y Salud. (<http://www.elmundo.com> consultada el 18 de septiembre de 2017).
- Plan Nacional sobre Drogas (2018). *Información sobre drogas y otras conductas adictivas. Cannabis*. Recuperado 27 diciembre 2018, de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
- Torres, M. (2016, Mayo 2). Marihuana: Adolescentes enganchados al cannabis. Diario El País. (<http://www.elpais.com> consultada el 18 de Septiembre de 2017).
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017), Informe del país sobre drogas 2017 – España – Recuperado 27 diciembre 2018, de http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1
- Young, E. (2017, octubre 7). Islandia sabe cómo acabar con las drogas entre adolescentes, pero el resto del mundo no escucha. *El País*, sección ciencia. Recuperado 9 octubre 2017, de https://elpais.com/elpais/2017/10/02/ciencia/1506960239_668613.html