



TRABAJO FIN DE GRADO
TRABAJO SOCIAL
(2023-2024)
CONVOCATORIA JUNIO

**EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL
TRABAJO SOCIAL: CONSECUENCIAS EN LOS COLECTIVOS, PLANES
ESTATALES Y RECURSOS AUTONÓMICOS**

AUTORA: Jiménez Rodríguez, Dara

TUTOR/A: Francisco Rodríguez Cifuentes

En Alcorcón, a 8 de junio de 2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	1
1.2 METODOLOGÍA	2
1.3 OBJETIVOS	3
2. AFECTACIÓN Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO EN LOS DIFERENTES COLECTIVOS	4
2.1 CONTEXTO Y DIMENSIONES DEL PROBLEMA	4
2.1.1 Alcohol	4
2.1.2 Tabaco	5
2.1.3 Cannabis	5
2.1.4 Cocaína	6
2.1.5 Opiáceos	6
2.2 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	7
2.3 COLECTIVOS	8
2.3.1 Adolescentes y Jóvenes	8
2.3.2 Mujeres	10
2.3.3 Personas con discapacidad o enfermedades de salud mental	15
2.3.4 Personas sin hogar	20
2.3.5 Personas LGTBIQ+	23
3. PLANES Y POLÍTICAS ESTATALES SOBRE DROGAS	27
3.1 PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	27
3.1.1 Observatorio Español Sobre Drogas	27
3.1.2 Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid	28
3.2 ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES	29
3.3 PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES	31
4. RECURSOS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES	34
4.1 NIVELES DE ATENCIÓN	34
4.2 RECURSOS PÚBLICOS ESPECIALIZADOS EN LA PROBLEMÁTICA	36
4.2.1 Proyecto Hombre	36
4.2.2 Asociación Lakoma	37
4.2.3 Hospital Dr. Rodríguez Lafora	37
4.3 RECURSOS PÚBLICOS ESPECIALIZADOS EN COLECTIVOS	38
4.3.1 Personas con discapacidad o enfermedades de salud mental. Patología Dual.	38
4.3.2 Adolescentes y jóvenes	38
4.3.3 Mujeres	39
4.3.4 Colectivo LGTBIQ+ (Chemsex)	39
4.3.5 Personas sin hogar	40
4.3.6 Inmigración	41
4.4 RECURSOS PRIVADOS DE ADICCIONES	41
4.5 EL TRABAJADOR SOCIAL EN ÁMBITO DE ADICCIONES	42
4.5.1 Funciones del trabajador social	42
4.5.2 Protocolo de intervención desde el trabajo social en los CAD	43
5. CONCLUSIONES	45
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS (ÚLTIMOS 12 MESES)	24
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS EN LA POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS SEGÚN SEXO (PORCENTAJES)	11
TABLA 2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE HIPNOSEDANTES CON O SIN RECETA EN LA POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS, SEGÚN SEXO Y EDAD (MINISTERIO DE SANIDAD, 2023 -A)	11

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: ESCALA DEL BEBEDOR.	56
ANEXO B: EJEMPLO DE PROGRAMA PERSONAL DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL EJE FAMILIAR (BERMEJO ET AL., 2012)	57
Anexo C: EJEMPLO DE PROGRAMA PERSONAL DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL EJE LABORAL (BERMEJO ET AL., 2012)	58

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- AP: Atención Primaria.
- CAD: Centro de Atención a las Drogodependencias.
- CAID: Centros de Atención Integral a Drogodependientes.
- CCAD: Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias.
- CTA: Centro de Tratamiento de Adicciones.
- CEEISCAT: Centro de Estudios Epidemiológicos sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en Cataluña.
- EAPN: Red Europea de Lucha contra la Pobreza
- EDADES: Programa de Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España.
- ENA: Estrategia Nacional Sobre Adicciones.
- ETHOS: European Typology on Homelessness and Housing Exclusion.
- ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.
- FEANTSA: Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- ITS: Infección de Transmisión Sexual.
- LGTBIQ+: Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Intersexual y Queer.
- OED: Observatorio Español Sobre Drogas.
- OEDA: Observatorio Español Sobre Drogas y Adicciones.
- ONGs: Organizaciones No Gubernamentales.
- PEP: Profilaxis Posterior a la Exposición.
- PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas.
- PPI: Programa Personalizado de Intervención.
- PrEP: Profilaxis Previa a la Exposición.
- PSH: Persona Sin Hogar.
- SAF: Síndrome de Alcohólico Fetal.
- SAN: Síndrome de Abstinencia Neonatal.
- SOL: Servicio de Orientación Laboral.
- SNC: Sistema Nervioso Central.
- TAR: Terapia Antirretroviral.
- TUS: Trastorno por uso de sustancias.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- WADD: World Association on Dual Disorders (Asociación Mundial de Trastornos Duales).

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias es un problema global de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, independientemente de su estatus social o económico o del país en el que vivan. Tal y como describe la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2023), más de 296 millones de personas consumieron drogas en el año 2021. Se incrementó así un 45% en los diez últimos años el número de sujetos que padecen trastornos por uso de sustancias (TUS), suponiendo esta cifra 39,5 millones de personas.

Este panorama se presenta muy similar en todos los países. En el caso de España, han aumentado notablemente los casos a nivel general en la población, pero señaladamente en los jóvenes. Tanto drogas legales como el alcohol o el tabaco e ilegales como el cannabis o la cocaína, han experimentado una subida en la fabricación, distribución y uso, dejando al país como uno de los mayores consumidores de estas drogas de la Unión Europea en 2020 (Socidrogalcohol, 2023).

Las adicciones y el consumo de drogas tienen consecuencias muy perjudiciales para la salud de todas las personas, suponiendo incluso un agravamiento de éstas en ciertos colectivos que por salud, constitución o circunstancias de vida se encuentran más expuestos a esta problemática. Esta exposición puede causar repercusiones a nivel físico, psíquico, social, económico, laboral y jurídico irreversibles.

Para contrarrestar esta situación, organismos a nivel mundial, europeo y nacional (en el caso español), han aprobado políticas y propuesto múltiples proyectos y programas para abordar el problema de consumo de sustancias. España ha desarrollado varios planes y recursos a través del Ministerio de Sanidad y otras Organizaciones No Lucrativas (ONL) donde se plantean acciones dirigidas a la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de adicciones.

Estos planes se llevan a gran escala en el ámbito internacional, unificando además distintas estrategias dirigidas a combatir la producción de sustancias ilícitas y el tráfico de drogas. Dichas políticas varían dependiendo del país y se convive en los mismos continentes con enfoques completamente dispares, unos basándose en sistemas represivos y otros más laxos llegando incluso a legalizar algunas sustancias. Sin embargo, el problema se perpetúa y continúa afectando la salud y el bienestar de la sociedad.

Este motivo es el que provoca que tanto España como el resto del mundo continúe realizando esfuerzos en el ámbito de la prevención y sensibilización y que se siga trabajando en el tratamiento de adicciones para lograr un abordaje integral y coordinando con los distintos profesionales, recursos y países.

1.1 Justificación

Si bien existen diversas indagaciones teóricas sobre consumo de sustancias legales, ilegales y adicciones, son escasas aquellas que hacen referencia a múltiples colectivos y que ofrecen una visión global en el ámbito nacional español. La presente investigación bibliográfica se enfoca en la recopilación de la información más sustancial que permita confirmar la importancia y el peligro que conlleva el consumo de drogas y otras sustancias nocivas en la población en general. Estos tipos de consumos pueden llegar a ser muy dañinos para todos los colectivos, produciéndose mayores perjuicios sobre madres, adolescentes y jóvenes consumidores, dado que inician el uso de sustancias

cada vez en edades más tempranas, y en ambos colectivos este hábito modifica el desarrollo, crecimiento y maduración del sistema nervioso y orgánico de la persona.

Además, este documento presenta una gran relevancia puesto que se exponen distintas aclaraciones sobre las estrategias y planes efectivos en el país en temática de adicciones. Asimismo, se incorporan interesantes recursos existentes por toda la Comunidad de Madrid, con lo que se busca que su lectura llegue tanto a personas que padecen la problemática y encuentren en la redacción una institución a la que acudir, como a profesionales para que puedan incrementar sus herramientas utilizando las opciones que se presentan en el texto.

Esta revisión pretende, además, ofrecer un nuevo enfoque de la labor del trabajador social en el ámbito de las adicciones. Esta profesión puede pasar desapercibida en la problemática, pero, sin embargo, es una de las fortalezas profesionales que, junto con la psicología, tienen mayor implicación con los usuarios en lo relacionado al apoyo y seguimiento psicosocial y el cambio hacia hábitos saludables.

Por estos motivos, la revisión bibliográfica que se presenta a continuación trata de exponer las desventajas que tiene para la población el consumo de sustancias, los efectos que tienen sobre el cuerpo y mostrar que independientemente de las ventajas económicas, sociales o físicas que se tengan, todas las personas presentan susceptibilidad a tener una adicción.

1.2 Metodología

Este trabajo emplea una metodología basada en la revisión bibliográfica.

Se han escogido fuentes de las que se han obtenido tanto datos cualitativos como cuantitativos:

- La información cualitativa se ha extraído principalmente de documentos reconocidos por el Ministerio de Sanidad. También se ha recopilado este tipo de información a través de tesis doctorales, libros, revistas y folletos recuperados de Google Académico, buscadores especializados en literatura científicas y páginas webs de organismos e instituciones que proporcionan información de adicciones.
- Los datos cuantitativos, se han obtenido de encuestas y documentos oficiales expedidos por el Gobierno de España y el Ministerio de Sanidad, a través de libros, del Instituto Nacional de Estadística u otras páginas oficiales específicas de cada colectivo (patología dual o chemsex).

Las búsquedas realizadas a través del buscador de Google Académico se han hecho bajo un filtrado de fechas desde el año 2010 en adelante, aunque es cierto que se ha hecho uso de algunos documentos más antiguos con intención de contextualizar o de incluir información considerada relevante. Además, se han contemplado fuentes que contuvieran alguna o varias de estas palabras clave: adicciones, consumo de sustancias, uso de drogas ilegales, afectación o consecuencias. También se ha recopilado información atendiendo a palabras más específicas basadas en algún colectivo, es decir: consumo de alcohol y drogas en jóvenes, mujeres, personas sin hogar u otros grupos mencionados posteriormente.

1.3 Objetivos

Se establece como objetivo general conocer la realidad, características y consecuencias tanto de adicciones con sustancia (alcohol y otras drogas), como sin sustancia (comportamentales) en los diferentes colectivos.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Indagar sobre los planes y programas aplicados en los niveles estatal y autonómico que se emplean para combatir el consumo.
- Conocer la red de recursos dedicados a la problemática de la drogadicción existentes en los diferentes niveles de la Comunidad de Madrid.
- Entender cuál es la función de los Trabajadores Sociales en el ámbito de las adicciones.

Para lograr dichos objetivos, el presente trabajo se ha organizado en cinco grandes bloques, siendo los más importantes el segundo, el tercero y el cuarto ya que son los que contienen la información teórica que da sentido a este documento.

En primer lugar, se encuentra un bloque inicial donde se explican las graves consecuencias que sufren las personas pertenecientes a los distintos colectivos a causa del consumo de drogas, remarcando repercusiones generales y específicas.

El segundo apartado, menciona los cuatro planes básicos que tratan y regulan la problemática en España y en la Comunidad de Madrid. Además, son mencionadas varias estrategias y principios que esclarecen los objetivos de los planes y la población a la que están dirigidos.

Por último, encontramos un capítulo dedicado a la inmensa red de recursos existentes en Madrid que dan cobertura al problema de adicciones que hay en esta Comunidad Autónoma. Por un lado, se presenta un marco general que menciona recursos que trabajan con personas con adicciones sin tener programas concretos; y por otro, se organizan dichos recursos según colectivos y problemáticas derivadas de adicciones. Además, se incluyen dentro de este apartado las funciones que tiene el trabajador social en ámbito de adicciones.

2. AFECTACIÓN Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO EN LOS DIFERENTES COLECTIVOS

2.1 Contexto y dimensiones del problema

El término “adicción” no se puede plantear como una expresión moderna, ya que tanto sociedades antiguas como algunas actuales, conciben el concepto de consumo de sustancias de forma farmacológica o médica. Por el contrario, en las nuevas sociedades, junto con la aplicación de ciencias como la psicología social o la sociología, se establece un marco que ayuda a comprender y acotar los factores y causas que rodean y comprenden el consumo de drogas y, por tanto, la dependencia (Beneit et al., 1997).

Los efectos que puede causar en el ser humano son múltiples. Pascual et al. (2003) distinguen tres grupos según la afectación que produzcan en el Sistema Nervioso Central (SNC):

- Depresoras: aquellas que retardan el funcionamiento del SNC. Disminuyen la capacidad de atender rápido a los estímulos externos, alteran la concentración y provocan sensación de relajación y apatía.
- Estimulantes: son las opuestas a las depresoras. Producen una grave alteración en el SNC y provoca que la persona sienta euforia, irritabilidad, sensación de menor fatiga, excitación motora y agresividad.
- Alucinógenas: contienen componentes que producen distorsiones de las sensaciones que se presentan y afectan a los procesos de pensamiento.

Para poder comprender la repercusión de la afectación de cada sustancia a lo largo del trabajo, se cree relevante introducirlas indicando algunos datos y características relevantes de cada una. Para ello, se reflejan los datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad (2023 -b) en la encuesta EDADES (Programa de Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España), que ha trabajado junto con las comunidades autónomas completando un total de catorce encuestas desde 1995 hasta 2022.

Para el último año se cuenta con una muestra total de 26.344 participantes con edades comprendidas entre 15 y 64 años, donde se recoge información relacionada con la prevalencia, características demográficas de los consumidores, los patrones de consumo o con el riesgo percibido. Para este trabajo, se recogerán los datos sobre la prevalencia de cada sustancia con intención de contextualizar la problemática.

2.1.1 Alcohol

En primer lugar, resulta interesante mencionar el alcohol como sustancia adictiva por la peculiaridad que posee. Es una sustancia legal y es la más consumida en España. Debido al contexto en el que se consume y la acogida social que tiene, no es considerado como una droga. La realidad es que según el Ministerio de Sanidad (2023 -b) en la Encuesta EDADES está presente en un 76,4% de los participantes. Esta sustancia, tiene efectos directos en el cerebro, tales como cambio del estado de ánimo y comportamiento, pérdidas de memoria o reducción de la actividad cerebral, ya que es un depresor del SNC.

2.1.2 Tabaco

Continuando con una sustancia que va plenamente ligada al alcohol, se menciona el tabaco. Llegó a España tras las primeras expediciones realizadas a América. Inicialmente no causó problemas ya que se consideraba que el tabaco contenía propiedades curativas y su uso estaba enfocado al ámbito sanitario. Fue en el siglo XIX cuando se comenzó a fabricar exponencialmente y a distribuir sin límite. Poco tiempo después, Richard Doll descubrió que aquellas personas que consumían tabaco habitualmente podían sufrir cáncer de pulmón. Fue a partir de entonces cuando se establece que el tabaco supone una amenaza para la salud pública (Hospital Universitario Quirón Salud, 2024).

En España, la industria del tabaco es una de las más estables. Durante el S. XX, se estimó que había un punto de venta de tabaco por cada 340 habitantes. Su venta se extendía a comercios, máquinas de cigarrillos y otros negocios como restaurantes, tiendas de alimentación, supermercados y otros centros públicos de trabajo y formación (Salvador-Llivina, 2004).

En la actualidad, solo se permite la venta de tabaco en la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre del Estado, es decir, los estancos y comercios que hayan sido registrados como punto de venta con recargo (PVR). Estos son los quioscos de venta de prensa, establecimientos de hostelería, restaurantes y hoteles, salas de fiesta o de juego y tiendas de alimentación con acreditación de venta (Ministerio de Hacienda, 2023). Estas nuevas restricciones han favorecido el control de la compra y uso de cigarrillos por parte de la población menor de edad, situación que estaba permitida previo a las políticas preventivas implantadas.

Tal y como se define en la Encuesta EDADES 2022 (Ministerio de Sanidad, 2023 -b), el 39,0% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido tabaco durante ese año y el 33,1% lo hace diariamente. Entre las consecuencias más nocivas del consumo de tabaco están: el cáncer en el sistema respiratorio (pulmón, boca, laringe, esófago, garganta), y en otras zonas como el hígado o el páncreas, trombosis, embolias o bronquitis crónicas entre otras, incluyendo la muerte prematura. Tanto es el perjuicio, que, entre el porcentaje de fumadores a diario anteriormente mencionados, un 41,9% ha intentado dejar de fumar.

2.1.3 Cannabis

La siguiente sustancia a la que se hará referencia es el cannabis (en muchas ocasiones consumida juntamente con el tabaco). Es una planta cultivada por primera vez en Asia Central, utilizada para la elaboración de fibras, aceites y uso medicinal. En el siglo XIX se introdujo en occidente y a raíz de estudios realizados por O'Shaughnessy se comenzó a usar en mayor medida para tratar epilepsia, reumatismo, tétanos y rabia, ya que el cannabis sirve como relajante muscular y anticonvulsivante entre otras (Beneit et al., 1997). El patrón de uso del cannabis cambió en Estados Unidos tras la prohibición del alcohol, y más notablemente en Sudáfrica y Egipto, donde los gobiernos señalaron en la Convención Internacional de la Liga de Naciones sobre el Opio que los consumidores de cannabis desarrollan deterioro físico y psíquico.

Continuando con la información de la encuesta EDADES 2023, suponen un 10,6% las personas que consumen diariamente cannabis (Ministerio de Sanidad, 2023 - b). El consumo habitual de esta sustancia va ligado a una afectación en la memoria, atención, aprendizaje, coordinación y tiempo de reacción, además de vincularse con depresión, ansiedad y deseos de autolisis.

2.1.4 Cocaína

La cocaína, es una droga originaria de países de Sudamérica, más concretamente en Bolivia y Perú, aunque posteriormente se extendió y fue Colombia quien registró uno de los mayores cultivos de cocaína siendo este de más de dos mil toneladas, según registra en 2021 la Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas de Estados Unidos (Pasquali, 2023).

Comenzó, al igual que las demás sustancias, como uso terapéutico, utilizando la hoja de la coca como medicina. Poco a poco, se han ido modificando los procesos y actualmente, se altera químicamente con productos muy perjudiciales que provocan una gran adicción. Tanto es así, que la encuesta EDADES registra un 2,4%, que es una cifra muy alta para tratarse de una droga menos accesible que las anteriores mencionadas. Comparándolo con el primer dato de 1995, de 1,8%, ha aumentado considerablemente, aunque es cierto que en años posteriores se han presentado cifras de hasta un 3% (Ministerio de Sanidad, 2023 -b).

A lo largo de la historia, se han desarrollado varios estudios, como el efectuado por Sigmund Freud, donde destacaba su efecto anestésico sobre la piel y psíquico, además de generar una sensación de mayor poder muscular y agilidad mental, produciendo efectos parecidos en personas que padecían depresión (Rojas-Jara, 2018). La cocaína obtenida a través del procesamiento químico de la hoja es un estimulante del sistema nervioso central que produce un estado de alerta constante, agresividad, y manía persecutoria y es muy agresiva por la rápida dependencia que se crea a esta sustancia (Urigüen y Callado, 2010).

2.1.5 Opiáceos

El consumo de opiáceos, entendiéndolos como heroína, morfina y otros analgésicos, tiene una trayectoria de más de 5.000 años, sobre todo en países asiáticos, donde se ha procurado la prohibición de estas sustancias por la fama y el inadecuado uso que se estaba haciendo de ellas. En concreto, el opio comenzó a expandirse en Europa en el siglo XIX utilizándose como estimulante. La morfina apareció varios años después, utilizándose para los mismos fines que el opio, aunque modificando la forma de consumo de vía oral a vía parenteral. En este caso, era muy utilizada por los soldados para neutralizar el dolor de las heridas causadas por la guerra. Fue en 1875 cuando apareció el concepto de “adicción a la morfina”, que para hacerle frente se empezó a utilizar la heroína (Asociación Proyecto Hombre, 2021).

Extraído de la encuesta EDADES 2022 previamente mencionada, se obtiene un resultado de 0,6%, de personas que lo han consumido alguna vez en su vida, comparando este cociente con un 0,9% obtenido en otros años atrás, demostrando así la reducción del uso de esta droga.

Para concluir, a nivel global, la población se encuentra ante un consumo generalizado de sustancias, suponiendo una grave afectación para todas las personas. El progresivo aumento de creación de estupefacientes, junto con la aparición de nuevos perfiles, situaciones y contextos de consumo, ha favorecido la constitución de un problema de salud pública, saltando las alarmas de las instituciones para atajar la problemática. Para beneficiar este progreso, se fomentó la creación de múltiples comunidades terapéuticas y la creación del Plan Nacional sobre Drogas de 1985, que sembró un precedente al sistema actual de atención a la drogodependencia y del que se hablará posteriormente.

2.2 Factores de riesgo y protección

Nos encontramos con ciertas características en las que convergen las probabilidades de una persona en consumir o no sustancias. Éstas, son los factores de riesgo y de protección.

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias personales o características del entorno que llevan a la persona a ser más susceptible ante la opción de iniciar el consumo de drogas o una recaída. Algunos ejemplos comunes que puede formar parte de este grupo son (Fundación Fad Juventud, 2022):

- La edad: supone un factor de riesgo más grave durante la juventud, ya que el cerebro y la personalidad no han finalizado aún su desarrollo y la capacidad de ser influenciado aumenta si se compara con personas de mayor edad.
- Baja asertividad: donde se incluye el no saber rechazar ciertas ofertas.
- Necesidad de aprobación social: muy común en personas con baja autoestima. Muchas ven en el consumo un acto que les ayuda a ser aceptados en ciertos grupos o entornos. Este deseo de conectar con un grupo puede llevar a la persona a terminar bajo una situación de abuso de drogas o de dependencia.
- El fracaso escolar o laboral: se enfoca en mayor medida en los jóvenes, pero lo cierto es que cada vez hay más adultos que comienzan a consumir por este motivo, acompañado del estrés o el síndrome de burnout. También está directamente relacionado el bullying o el acoso laboral.

Además, encontramos otras como la falta de opciones de ocio conveniente, relaciones disfuncionales con el entorno familiar, tolerancia familiar al consumo, presión social hacia este hábito o algo tan relevante como puede ser nacer en un embarazo en el que se ha consumido de forma frecuente que produce mayor susceptibilidad hacia el consumo. Se destacan también otros factores a nivel más amplio en la sociedad como el fácil acceso a las drogas, la publicidad de drogas legales o el consumo social generalizado de estas drogas.

En el lado opuesto encontramos los factores de protección, que muchos se contraponen con los anteriores. Éstos son atributos o condiciones que reducen las probabilidades del uso de drogas (Salud Libertad S.A.C, 2024):

- Tener conciencia y actitudes positivas hacia la salud.
- Capacidad para decidir.
- Tener un contexto familiar alejado del consumo.
- Afecto y apego saludable en el ámbito familiar.
- Ausencia de conflictos con el entorno social.

- Grupo social con buenos hábitos.
- Asertividad.
- Percepción real del riesgo.
- Poseer un fuerte autoconcepto y autoestima.

Además, a nivel comunitario o macrosocial encontramos otros como: las oportunidades para participar activamente en la comunidad, sistemas de apoyo y prevención del consumo o políticas efectivas de tráfico y consumo de drogas.

2.3 Colectivos

2.3.1 Adolescentes y Jóvenes

El grupo de adolescentes y jóvenes son un colectivo especialmente vulnerable ante el consumo de drogas legales o ilegales. A lo largo de la historia, el perfil del menor consumidor se ha modificado. Según un estudio realizado por Arbex et al. (2022), el perfil actual recoge las siguientes características: consumo a edades más tempranas, en chicos/as de familias estructuradas, que estudian y/o trabajan y que realizan consumos recreativos en donde prevalece una baja percepción del riesgo.

Si analizamos los datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad (2023 -c) plasmados en la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (1994-2023), que recoge adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años, obtenemos lo siguiente:

En los últimos 12 meses, entre los menores de 14 años se refiere que un 55% de los 42.208 participantes ha consumido alcohol en ese intervalo de tiempo, cifra que dista mucho entre los estudiantes de 18 años, siendo de un 86,5%.

Los datos comienzan a variar con el tabaco, el cannabis y la cocaína. En primer lugar, de los estudiantes de 14 años, un 13,8% afirma haber probado/consumido habitualmente cigarrillos en los últimos 12 meses, y los estudiantes de 18 años, un 40,8% durante el mismo periodo. En segundo lugar, debido a la más reducida accesibilidad, los datos de consumo de cannabis se establecen en 9,8% para aquellos que tienen 14 años y de 35,6% para los que tienen 18. Por último, la cocaína mantiene una prevalencia más reducida, teniendo en cuenta el acceso a esta sustancia y el precio. Los estudiantes de 14 años, un 1,5% confirma el contacto y consumo de esta droga en el último año y los de 18 años un 4,5%, que aunque sea un dato más reducido, si nos fijamos en la peligrosidad de esta droga, es preocupante.

Un factor que supone una amenaza es la baja percepción del riesgo o la creencia de que no se verán en una situación de adicción. Tal y como menciona Suárez-Relinque et al. (2017) esta apreciación que hacen los jóvenes sobre el consumo está estimulada por la normalización de vivir esta situación en el entorno familiar, por la concepción de ciertas drogas como el alcohol como "sustancias blandas" y por el sentimiento de invulnerabilidad que se presenta de forma generalizada.

Durante las etapas de transición entre la adolescencia, la juventud y la adultez, se experimentan múltiples cambios psicológicos, sociales y biológicos que, si se interrumpen con las drogas, pueden causar graves secuelas.

En la etapa de los 10 a los 20 años se dan otro tipo de cambios más relacionados con el aumento del tamaño del cuerpo, maduración sexual, desarrollo de relaciones sociales y lo más complejo, la personalidad (Más, 2015). Durante este crecimiento, que dura aproximadamente hasta los 25 años, se desarrolla también la corteza prefrontal, que es aquella parte del cerebro encargada de tomar decisiones. El consumo de alcohol y drogas ocasiona un freno en el crecimiento de la corteza y por ello una afectación directa que produce que no funcione con normalidad. Al instalarse de forma temprana el hábito de consumir, será mucho más sencillo para las sustancias generar adicción en el joven (DEA, 2023).

Otra parte muy relevante del cerebro, son las neuronas. Son células encargadas de enviar información de una a otra para poder llevar a cabo las funciones voluntarias e involuntarias del organismo. Las neuronas liberan neurotransmisores que sirven para trasladar la información de una célula a otra, las drogas interfieren en esos neurotransmisores equivocando al propio cerebro. Así afectan algunas sustancias como la marihuana, ya que la estructura química de ésta es parecida a la que aporta de forma natural el cuerpo humano. Comienza a activar de forma descontrolada los neurotransmisores y envía información anormal y amplificada. El placer está plenamente ligado con el consumo en muchos casos, y el cerebro aumenta la probabilidad de repetir estas conductas de forma automática, produciendo grandes dosis de dopamina que de forma natural no sucede. Rápidamente el cuerpo de los adolescentes empieza a depender de este efecto debido a la magnificación de las sensaciones que produce el consumo. Por todo ello y la escasa madurez que tiene el cerebro a edades tan tempranas, es por lo que los jóvenes suponen un grupo de riesgo frente a esta problemática (National Institute on Drug Abuse, 2022).

Visto desde una parte clínica, Terán (2022) menciona que el consumo de drogas en jóvenes se relaciona directamente con problemas de salud como: afectación a nivel de conciencia, desarrollo de trastornos, aumento o aparición de agresividad, conductas sexuales de riesgo con la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual o embarazos, comunicación más lenta y somnolencia.

Herrero (2003) destaca cómo se ve motivado el consumo en jóvenes desde una perspectiva social. Todo parte desde el núcleo familiar, contando como que éste es la base de educación y socialización básica. Es el grupo principal que satisface las necesidades físicas y psíquicas y generan los patrones de comportamiento que le harán decantarse hacia un tipo de conductas u otras.

Cuando son pequeños y comienzan su etapa escolar, los demás niños también son agentes de influencia que les ayudarán, junto a sus padres, a construir su personalidad y nuevas actuaciones que le permitirán formar parte de un grupo, conformando éste el de referencia. Dependiendo de este grupo y de cómo vaya evolucionando a lo largo de los años hasta la adolescencia y juventud, marcará la pauta de cómo será la relación del sujeto con las drogas. El “coqueteo” con las diversas sustancias es algo que se presupone como normal, una actividad que no es percibida como peligrosa y que a una cierta edad se ve como casi obligatorio probarlas para ser aceptado en el grupo.

Este comienzo se establece en la edad aproximada de 13-14 años, comenzando con el alcohol y el tabaco, y una edad ligeramente más avanzada para otro tipo de sustancias como el cannabis.

En sí, la adolescencia es una etapa de duelo ya que existe enfrentamiento a la pérdida de la infancia, con el consiguiente cambio de roles, identidad y la aparición de nuevas responsabilidades. Aquí las relaciones familiares y sociales cambian y se amplía el número de influencias externas al realizar otro tipo de actividades sin tanta supervisión parental. Esta reducción de la supervisión se ve acompañada de un propio rechazo hacia los progenitores por parte del menor, ya que les empiezan a concebir como figura dictatorial que no comprende la situación por la que están pasando, provocando rechazo hacia ellos y, por consiguiente, una progresiva separación y una puesta del grupo de iguales como primer protagonista. En este nuevo círculo experimentan el consumo recreativo en fiestas y ocio durante el fin de semana, siendo capaces de separar cuándo se realizan los consumos y cuándo no. El efecto mencionado previamente que realizan estas sustancias en el cerebro es el que provoca que lentamente extiendan su consumo a diario hasta normalizarse (Herrero, 2003).

En suma, todos los cambios que experimenta física, psicológica y socialmente el menor durante su adolescencia y juventud, unido a las diferentes apreciaciones que se realizan sobre el consumo y la escasa formación que existe en ocasiones sobre este tema, induce a este colectivo a un consumo descontrolado y con consecuencias muy graves para el bienestar, debiendo ser paliadas con una educación activa por padres, madres y adultos que participen en la vida del menor y con actuaciones de prevención eficaces que posea cada institución.

2.3.2 Mujeres

A lo largo de la historia, la mujer se ha enfrentado a la desigualdad y los roles de género impuestos en la sociedad. Han combatido contra la discriminación, la violencia y las reducidas oportunidades que se les presentan, tales como el acceso a la formación, al empleo y la participación en otras esferas cotidianas.

Es cierto que, con los cambios sociopolíticos sucedidos recientemente, se han permitido avances en la autonomía de las mujeres, permitiéndoles así un control de su economía y de las áreas ya mencionadas (formativa, laboral), así como progresos a nivel social y familiar. No obstante, el techo de cristal, la escasa equidad entre sexos, la cosificación y la violencia siguen formando parte del día a día de muchas mujeres.

Acompañando a estos eventos sociales, aparece el cambio de patrón de consumo y uso de drogas de las mujeres. Mientras que el consumo de sustancias por parte de los hombres se aprecia como una conducta aceptada social y culturalmente, el consumo de drogas por parte de las mujeres supone una gran estigmatización para ellas siendo más complejo pedir ayuda y sentirse apoyadas (Gobiernos de las Islas Baleares, 2007).

La fundación Atenea (2016) realizó un estudio en el que explican las diferencias de género en el consumo de drogas. Analizan una estadística del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías de 2015 en la que aparece que en el año 2013 se registraron los siguientes datos (tabla 1):

Tabla 1.

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15 - 64 años según sexo (porcentajes).

SUSTANCIA	HOMBRE	MUJER
TABACO	41,7%	34,8%
ALCOHOL	73,4%	55,3%
CANNABIS	9,8%	3,4%
ÉXTASIS	0,3%	0,1%
ANFETAMINAS	0,4%	0,1%
COCAÍNA	1,7%	0,4%
INHALABLES VOLÁTILES	0,1%	0,0%
HIPNOSEDANTES (CON O SIN RECETA)	5,8%	12,1%

Nota: Elaboración propia a partir del documento realizado por la Fundación Atenea (2016)

Si observamos la tabla podemos ver que en general, los valores de consumo en ese año son mucho mayores en los hombres. En cambio, si nos fijamos en el último, los hipnosedantes, obtenemos que duplica el consumo en mujeres.

Se puede obtener información similar si observamos la tabla 2:

Tabla 2.

Prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según sexo y edad (Ministerio de Sanidad, 2023 -a)

(POBLACIÓN 15-64 AÑOS)	HOMBRE	MUJER
ALGUNA VEZ	19,0%	28,0%
ÚLTIMO AÑO	10,3%	16,0%
ÚLTIMO MES	7,3%	12,1%
A DIARIO	5,2%	9,2%

Vemos de nuevo que el consumo de la mujer supera mayormente al de los hombres si hablamos de hipnosedantes, esto se puede explicar si mencionamos factores de género y culturales.

En concreto los hipnosedantes y analgésicos, que son tranquilizantes, calmantes y antidepresivos, son mayormente recetados a las mujeres. Se asume el concepto de que es frágil y que debe ser cuidada, necesitando de apoyo farmacológico para poder sobrellevar ciertas situaciones de la vida diaria como el trabajo doméstico, la crianza de los hijos y la jornada laboral, situaciones que por sobrecarga producen estrés.

Todo ello constituye estereotipos de género, que construyen una visión más débil de la mujer haciéndola sentir vulnerable. Por ello, se inclinan hacia el consumo de “drogas legales” que pueden adquirir por medio de receta para la paliación de patologías como ansiedad, estrés o depresión y con el concepto de ser un medicamento, disminuye la culpabilidad que sienten de estar consumiendo una sustancia (Fundación Atenea, 2018).

A continuación, se presentarán dos problemáticas que influyen a la mujer, ya sea por cuestiones fisiológicas, de género o de cultura, y que mantienen relación con el consumo de sustancias.

2.3.2.1 *Maternidad*

A diferencia del hombre, la mujer tiene características fisiológicas y hormonales que le permiten llevar a cabo la gestación. La maternidad es un estado que puede acompañar a muchas mujeres a lo largo de su vida. Puede suponer una experiencia muy buena tanto a nivel individual como familiar, pero si hablamos del caso de la mujer consumidora, se puede convertir en algo sumamente peligroso o de riesgo para la propia progenitora y para su feto, ya que se pueden desarrollar graves alteraciones. (Gunatilake, 2023).

Es cierto que muchas mujeres abandonan estos hábitos perjudiciales durante el primer trimestre de embarazo, pero son numerosos también los casos en los que la mujer continúa el consumo sin ser plenamente consciente de lo que podrá suponer para ella y para el feto durante los siguientes 9 meses.

En general, son escasas las investigaciones realizadas a nivel mundial sobre el consumo de sustancias legales e ilegales durante el embarazo, pero sí se destaca la afectación que desencadenan estos hábitos.

Martínez, E. (2021) describe las tres destacadas etapas del embarazo:

- **Preembrionaria:** el proceso que transcurre desde que se fecunda el óvulo hasta que se implanta en el endometrio, es decir, la primera semana desde la fecundación. En esta etapa se forma el cigoto, que tras su división en estos días crea el blastocisto (un conjunto de células). Este grupo de células se separará a su vez en dos y formará la placenta y el embrión, dando paso a la siguiente etapa.
- **Embrionaria:** donde empiezan a componerse las características sustanciales del embrión y se diferencian los órganos esenciales. Se va conformando tras el desarrollo las siguientes tres capas:
 - El endodermo: donde se forma el aparato respiratorio, gastrointestinal, hígado, páncreas, vejiga y uretra.
 - El mesodermo: comienzan a desarrollarse los músculos, huesos, corazón, bazo, aparato urinario y reproductor y la sangre.
 - El ectodermo: que compone la piel, el sistema nervioso, los ojos, la boca y la lengua, la nariz, los oídos (órganos de los sentidos), las uñas y la hipófisis.

Durante esta etapa es donde se producirían las consecuencias más graves si hablamos de consumo: defectos en el tubo neural, amelia/malformaciones en las extremidades superiores e inferiores incluyendo orejas, oídos (hipoacusia) y ojos (cataratas o glaucoma) y otras anomalías como hipoplasia o paladar hendido.

- Fetal: componiendo la mayoría del embarazo ya que se extiende desde la doceava semana hasta la gestación. Ya se puede observar una completa formación y maduración del feto (órganos y estructura externa), donde se lleva a cabo una mejora de su configuración física y de sus funciones (de la Sierra, 2021).

Durante estas etapas del embarazo, la mujer y el feto experimentan múltiples cambios, que si son interrumpidos por las drogas pueden tener graves consecuencias. A continuación, se explican algunas drogas disruptivas del desarrollo como lo son el alcohol, la cocaína, la heroína y las benzodiazepinas (hipnosedantes).

Como se ha mencionado previamente, el alcohol es considerado una sustancia de “obligado” consumo, al estar tan normalizado en la sociedad. Se añade el hecho de que cada vez, tanto en hombres como en mujeres, el consumo se anticipa hasta comenzar en la adolescencia, acto que continúa en la etapa reproductiva de la mujer y que afecta directamente en los meses de gestación y posteriores. Además, se incluye una escasa claridad en el conocimiento de lo que sí es alcohol y lo que no lo es, por ejemplo, el vino, la cerveza o la sidra no son considerados como una amenaza, o no tanto como las bebidas de mayor graduación. Tampoco se percibe con exactitud qué tipo de consumo realiza la mujer, e incluso llegando a autoengañarse de las cantidades ingeridas. Para cuantificarlo existe una tabla llamada “la Escala del bebedor”, correspondiendo al “Apéndice A” adjunto en anexos.

Algunos efectos que se pueden experimentar durante el embarazo son: el aumento de riesgo de aborto (en mujeres que beben más de 3 veces por semana), *abruptio placentae* (la separación de la placenta del útero de forma prematura) y el desarrollo anormal de las células del SNC. Por otra parte, también se presentan afecciones en el feto y en el recién nacido, siendo la más importante el “Síndrome de Alcohólico Fetal” (SAF), que comprende múltiples alteraciones en el desarrollo del neonato. A nivel general destaca un retraso psicomotor absoluto, sobre todo en aquellos embarazos en los que la madre ha estado consumiendo más de 100gr de alcohol absoluto diariamente (bebedoras crónicas). Otros síntomas que se pueden percibir, relacionados directamente con el SAF, son los destacados por Beneit et al., (1997): trastornos del crecimiento; disminución en el peso, talla y perímetro cefálico (PC), alteraciones faciales; epicanthus, ptosis (caída parcial de un párpado) o estrabismo, labio superior fino, alargamiento entre la nariz y el labio superior, frente prominente y mandíbula pequeña, y en el sistema nervioso; alteraciones del sueño, hiperactividad, problemas con la alimentación o máximo coeficiente intelectual de un 70-80.

Relacionado con el consumo de cocaína durante el embarazo, produce la denominada hipoxia fetal, es decir, falta de oxígeno en los tejidos antes, durante y tras el parto, que entre otras secuelas puede causar infarto cerebral del recién nacido. Las afecciones más destacadas son la desnutrición tanto de la madre como del feto, abortos y *abruptio placentae*, al igual que con el consumo de alcohol, nacimiento prematuro y microcefalia. A diferencia de los narcóticos, el recién nacido no experimenta síndrome de abstinencia, pero si presenta daños neuronales tales como alteraciones neuroconductuales (depresión, irritabilidad, alteraciones del sueño, de la conducta y déficit de atención a largo plazo), además se puede presentar el síndrome de la muerte súbita del lactante, algo común en las madres consumidoras de cocaína (Beneit et al., 1997).

La heroína es la droga que peores efectos causa sin duda tanto en la gestante como en el feto. La peculiaridad de esta sustancia, a parte de su tan dañina repercusión en los ya mencionados, es el contexto que rodea a este consumo: aumento de infección de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis, desnutrición y problemas sociales relacionados con la prostitución, delincuencia o disfuncionalidad personal y familiar. El consumo de heroína produce amenorrea en la mujer, por lo que en la mayoría de los casos conocen su estado cuando se encuentran en el segundo trimestre del embarazo. Además, suele acompañarse de anemia, malnutrición e infecciones urinarias. El feto muestra sufrimiento en los períodos de abstinencia de la madre y lo sufren ellos mismos al nacer, dando lugar el concepto de “Síndrome de Abstinencia Neonatal” (SAN), también sufrido con el consumo de metadona. Dependiendo del último consumo de la madre, la cantidad y la pureza de la droga administrada, el niño presenta en sus primeros días y semanas de vida los siguientes síntomas: hipertonía, temblores, llanto agudo, alteraciones en el sueño-vigilia, convulsiones, obstrucción nasal, sudoración, fiebre, vómitos, dificultad en la alimentación y en la deglución y apnea, entre muchos otros. Se valora, dependiendo del caso, utilizar medicación (narcóticos) para reducir el “mono”, llamado coloquialmente. Es decir, la inyección de metadona o morfina para los casos más graves, con la progresiva disminución de las cantidades inyectadas en el menor (Beneit et al., 1997).

Finalmente, se recalca la prohibición del uso de hipnosedantes sobre todo en las primeras doce semanas, ya que son las de mayor riesgo donde el bebé pueda sufrir afectaciones irreversibles a nivel ocular, craneofacial y otras malformaciones en la boca y en otros órganos. Se destaca el “síndrome del recién nacido flácido”, para menores que han consumido involuntariamente benzodiacepinas, que produce hipertonía, síntomas de escasa alerta mental y complicaciones para alimentarse. Acompañándose de diarreas, convulsiones y otras consecuencias que se encuadran dentro del síndrome de abstinencia (Pascale, 2015).

2.3.2.2 *Prostitución*

Otra circunstancia que afecta a las mujeres directamente y que también está relacionada con el consumo de drogas, los embarazos y el género, es la prostitución y con ella, la trata. La prostitución es un negocio que, según el INE (Instituto Nacional de Estadística, 2014), en 2010 supone un 0,35% del PIB del país, es decir, 4.210 millones de euros anuales.

Al tratarse de una actividad demandada generalmente por varones y ser ofrecida mayormente por mujeres, y de forma más reducida por transexuales, transgéneros y hombres, es necesario hablar de la prostitución haciendo uso de la perspectiva de género.

El uso de drogas legales e ilegales unido al consumo de servicios de carácter sexual es de tipo lúdico para aquellos que compran el servicio y como una herramienta para las ofertantes, con objetivo de reducir el malestar. Centrándonos en el tipo de drogas consumidas también hay distintas razones relacionadas con el motivo. Si se habla de sustancias como alcohol y cocaína, se refiere a un consumo previo y extendido al uso del servicio. Es decir, la prostitución se ejerce mayormente en ambientes que rodean la fiesta y locales de alterne, donde estas dos sustancias se encuentran como producto principal junto al lenocinio. El alcohol, al tratarse de una sustancia plenamente aceptada se consume públicamente, en cambio la cocaína es utilizada por ambos al consumir el acto.

Por parte de él de una forma placentera y recreativa y por parte de ellas como instrumento para aguantar largas y agresivas jornadas de servicios. Por otro lado, drogas como los sedantes o el cannabis, son auto suministradas por las propias mujeres que ejercen la prostitución en un ámbito más privado, con objetivo de conciliar el sueño, relajarse y evitar los malestares psicológicos que envuelven este ejercicio.

El riesgo más notable que tiene el uso de drogas por parte de las mujeres en el entorno de la prostitución es, además de la consiguiente adicción que genera, el escaso uso de métodos anticonceptivos de barrera; unido a enfermedades de transmisión sexual, la poca relevancia que adquiere para ellas (por su estado) el tipo de prácticas sexuales llevadas a cabo y las agresiones y violencia que pueden llegar a vivir. Todo ello causado por la desinhibición conseguida a través del consumo de sustancias psicoactivas y la grave consecuencia que es la pérdida de reacción y la nula defensa que presentan estas mujeres (Asociación Proyecto Hombre, 2018).

De forma conclusiva, la mujer sí es vulnerable, no porque ella no luche por sus derechos, por su vida y por su salud, sino porque le rodean circunstancias que ni los medios políticos ni los grupos sociales son capaces de atajar ni proteger.

El consumo de sustancias lo engloban circunstancias multifacéticas en las que se incluyen los factores sociales, económicos, físicos y culturales que influyen positivamente en el uso de sustancias psicoactivas. Las mujeres no sienten resguardo a nivel social, por ello, cuando deciden ser madres, no se ven preparadas para acudir a los recursos que las podrían ayudar, y se arriesgan a superar los obstáculos de la adicción solas, fracasando en muchas ocasiones y siendo sus hijos quienes sufren las consecuencias más graves.

En el mismo lugar se encuentra el lenocinio, una práctica denigrante que por opción u obligación muchas mujeres viven hoy en día, acompañando a estos servicios un consumo descontrolado para intentar subsistir.

Por eso, es importante abordar esta problemática y crear estancias y espacios seguros donde la mujer se pueda desarrollar igualmente a su homólogo, donde pueda denunciar los actos que sufre y donde se le permita pedir ayuda sin ser juzgada ni estigmatizada.

2.3.3 Personas con discapacidad o enfermedades de salud mental

Las personas con discapacidad son aquellas que presentan limitaciones intelectuales, psíquicas, sensoriales o físicas y que provocan una reducción de su autonomía. Durante muchas etapas de la historia, las personas con discapacidad han sido excluidas y discriminadas en todos los ámbitos, por ello, su evolución y sus oportunidades de crecimiento se han visto mermadas. No han podido avanzar tanto como las personas sin discapacidad a nivel educativo, en el mundo laboral o en lo relativo a la socialización.

En los últimos años se ha visto una evolución favorable en cuanto a promoción de sus derechos y se han incluido políticas que garantizan su participación activa en la sociedad y un camino hacia la igualdad de oportunidades. A pesar de los progresos realizados en cuanto a estudios e investigaciones que se realizan sobre las personas con discapacidad, los avances en temática de adicciones y consumo en este colectivo son muy escasos. Es un área pobremente indagada en España, pero que necesita de búsqueda de

información, profesionales y recursos que puedan ofrecer una atención especializada para poder cubrir sus necesidades.

El tratamiento de la discapacidad y el consumo es especialmente particular. Las personas con estas patologías presentan mayores problemas con el consumo debido a que son más susceptibles que los demás grupos. Por ello se ve necesario presentarlo en el trabajo con objetivo de exponer información clave y datos relevantes para ampliar los conocimientos sobre la relación entre este colectivo y las adicciones. En concreto, la información será más específica de enfermedades de salud mental y discapacidad intelectual, ya que el campo de la discapacidad es muy amplio y es en salud mental donde se encuentra la información más destacada a la hora de hablar sobre patología dual, concepto que se explicará más adelante.

Entre los análisis realizados por Szerman et al., (2017) se establece que: al menos el 70% de las personas consumidoras presenta un trastorno de tipo mental estableciéndose así la denominada Patología Dual. En más del 50% se presenta un trastorno mental que termina realizando usos problemáticos con las sustancias psicoactivas.

Así como señala Szerman (2022), psiquiatra consultor del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y presidente de la Asociación Mundial de Trastornos Duales (WADD), “más del 75 % de las personas que sufren un trastorno mental grave van a tener un trastorno por uso de sustancias.”

En España, los estudios sobre personas con discapacidad y adicciones son escasos, aunque sí es cierto que organismos más pequeños como asociaciones y fundaciones llevan a cabo investigaciones para ampliar los conocimientos en este campo. En este sentido, la Asociación Progestión (2022), realizó junto con los profesionales participantes entrevistas y encuestas a los integrantes de los grupos terapéuticos de Patología Dual y a los residentes de pisos específicos de apoyo al tratamiento con la finalidad de esclarecer algunos datos sobre este colectivo. Se obtuvieron como trastornos más destacados los de ansiedad y depresión, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Por otro lado, entre los entrevistados, se confirmó que al menos el 45% presentaba adicción a más de una sustancia, siendo éstas el alcohol, el cannabis, medicamentos y la cocaína.

2.3.3.1 Patología Dual

Para poder comprender correctamente el fenómeno de personas con discapacidad y adicciones, es necesario introducir principalmente el término de “patología dual”. Roncero et al (2016), lo definen como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones.

Este tipo de patología supone un desafío para los profesionales de la actualidad, ya que actúan en dos redes de atención. Por un lado, todas aquellas dirigidas a la intervención en salud mental (psicología y psiquiatría) y por otro lado el trabajo que realizan los Centros de Atención a Drogodependencias (trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales, médicos y enfermeros). Las intervenciones requieren una coordinación minuciosa y una evaluación de profesionales profunda para realizar las derivaciones pertinentes si la persona necesita más un recurso que otro. No

implica que no se deba conocer ambos temas en todos los recursos, pero sí es cierto que la persona estará mejor atendida si se decanta hacia una patología u otra.

Existen varias hipótesis sobre la influencia que tienen los trastornos y las adicciones, y el orden de aparición, según la Confederación Salud Mental España (2020), se destacan tres:

- Las personas que comienzan en primer lugar un consumo con o sin sustancia (comportamental), que se traduce en la aparición de un trastorno mental.
- Aquellas personas que ya padecen un trastorno mental grave o leve y que en consecuencia de ello comienzan a usar una sustancia que reduce o alivia los síntomas que produce la discapacidad.
- Como consecuencia de una serie de factores de riesgo internos de la persona (estrés o personalidad) o externos que producen alteraciones y por ende el consumo de sustancias y la aparición simultánea de enfermedades mentales.

Una vez aclarados los posibles orígenes de la patología dual, es necesario destacar que, independientemente del orden de aparición previamente mencionado, al tratarse de dos afecciones simultáneas se hace más compleja la realización del diagnóstico por parte del profesional. González (2022) resalta algunas de las razones que llevan a las personas con discapacidad a iniciar un consumo con sustancias:

- En algunos casos las dificultades que presentan al comunicarse, que les produce cierta complejidad en el momento de pedir ayuda o expresar cómo se sienten. Ello puede llevar a que el consumo sea un refugio para sobrellevar sentimientos de soledad, abandono, dolor y encontrar en estas sustancias un lugar clave para “descansar” y evadirse.
- Un acceso limitado a los recursos de prevención y tratamiento. Se puede presuponer que la persona necesita en mayor medida asistencia psicológica frente a una especializada en adicciones. En muchas ocasiones el recurso no está adaptado también a esta segunda problemática, provocando que no reciban una atención tan eficaz o que no se detecte rápidamente el consumo y la persona mantenga este hábito.
- Supone una forma de socialización sencilla. Este argumento se extiende también a personas sin discapacidad, ya que de forma generalizada el consumo de sustancias es algo que acompaña a las relaciones sociales. Aumenta el riesgo en personas con discapacidad que presentan limitaciones intelectuales, ya que su intrusión en el mundo del consumo supone consecuencias más graves que para alguien que no tenga discapacidad.
- Que la familia o escuela haga del consumo un tema tabú y no se hable ni comunique la repercusión que puede tener para las personas con enfermedades de salud mental, y por ende no dispongan de la información y tomen decisiones nocivas, desde el desconocimiento.

Según Cuevas (2024), entre la sintomatología frecuente que presentan los pacientes de patología dual, se encuentran: altos niveles de agresión, violencia e impulsividad, falta de rutina diaria, percepción propia de la realidad, desobediencia a las normas establecidas y claros indicios de marginalidad.

Además, algunas generalidades que se presentan en cuanto a consumo de drogas en personas con discapacidad intelectual o enfermedades de salud mental son: falta extendida de conciencia de enfermedad (tanto mental como de adicciones) y presencia de menores herramientas personales para afrontar circunstancias estresantes y de fracaso, que es manifestado a través de la falta de adherencia al tratamiento. Además, despierta el sentimiento de falta de acogida de estas personas en los recursos de patología dual.

Lo mencionado previamente atiende a los rasgos comunes de las personas que presentan patología dual. A continuación, se explicará cómo se presenta esta problemática en personas con trastorno bipolar y personas con esquizofrenia, ya que son dos enfermedades de salud mental que se desarrollan con frecuencia en este tipo de pacientes que consumen sustancias.

2.3.3.2 *Trastorno bipolar*

En primer lugar, podemos destacar el trastorno bipolar como una de las muchas enfermedades de salud mental que acompañan a un trastorno de adicción. En efecto, Regier et al. (1990, como se citó en Goikolea y Vieta, 2013), mencionan que, si la patología dual es frecuente en todas las enfermedades mentales, el trastorno bipolar destaca por aparecer como la enfermedad mental que con mayor frecuencia se asocia a comorbilidad con el TUS.

Antes de continuar, es necesario destacar las diferencias entre el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II. En el primer caso, el paciente muestra episodios maníacos, mientras que en el de tipo II presenta episodios depresivos. Esto es, en los maníacos, tener sentimientos de euforia, actividad, optimismo o nerviosismo y en los de depresión, sentir cansancio, no tener interés, incapacidad para realizar cosas sencillas o tristeza. Tanto el tipo I como el tipo II se puede alternar, pudiendo suceder que uno se de en mayor medida que otro, adquiriendo la nomenclatura de “polaridad predominante” (Goikolea y Vieta, 2013).

Según Pérez de Heredia et al. (2001), en las clínicas en las que se han hecho estudios de prevalencia por TUS y trastorno bipolar, se obtuvo una tasa de entre el 21% y el 31% de personas que consumían sustancias y que estaban siendo tratadas por trastorno bipolar. Asimismo, se destacan los datos de aquellas personas que padecen trastorno bipolar y que consumen alcohol, siendo esta cifra de entre un 33% y un 59% y presentando mayores porcentajes entre los bipolares tipo I.

Al igual que en otras enfermedades de salud mental, si interviene en ella un trastorno de adicciones se dificulta el diagnóstico. En este caso, es más complejo realizarlo si es el TUS el que precede al primer episodio de trastorno bipolar, ya que puede enmascarar los síntomas y confundir a los profesionales. Según Goikolea y Vieta (2013), la etiopatogenia de esta enfermedad proviene de varias hipótesis que explican las tasas de comorbilidad. Entre ellas se encuentran, de forma resumida:

- El consumo de sustancias desencadena episodios de bipolaridad tipo I y tipo II a los individuos cuyos genes presentan predisposición a este trastorno.
- La persona presenta síntomas maníacos (que puede ser el uso de sustancias) que repercuten negativamente al sujeto.

- El paciente tiene genes tendentes a padecer ambos trastornos, es decir diátesis genética.
- Diátesis social. La persona presenta una baja inclusión, por su enfermedad bipolar, en el mundo social, laboral, formativo... e induce a la persona al consumo de sustancias.
- Automedicación utilizando sustancias psicoactivas para paliar los efectos de la enfermedad, por ejemplo, uso de cocaína cuando sucede un episodio de bipolaridad tipo II.

En el caso del paciente con trastorno bipolar consumidor de alcohol, tal y como indican Medina et al. (2008), se asocia en un 40% las fases maníacas al consumo del alcohol y produciendo en gran cantidad de pacientes una hospitalización. Se establece que es más común el consumo de esta sustancia en pacientes con esta enfermedad que en el resto de la población.

Al igual que otras drogas, el alcohol afecta alterando las emociones y generando altibajos que en una persona con bipolaridad son prácticamente imposibles de moderar. Este consumo descontrolado, busca en un principio reducir los efectos de ansiedad que tiene la persona, pero que al cronificarse produce el aumento de los sentimientos de frustración, irritabilidad, baja autoestima y culpabilidad, siendo los efectos negativos predominantes (Medina et al., 2008).

2.3.3.3 *Esquizofrenia*

Respecto a la esquizofrenia, es una enfermedad que, si intervienen las adicciones, cuenta con un pronóstico más desafortunado, sintomatología y afección. Además, visto desde el punto de orden de aparición del trastorno y la adicción, se destaca que las personas que tienen probabilidades de padecer esquizofrenia y empiezan a consumir estupefacientes, la edad del primer episodio se adelanta notablemente en comparación con los no consumidores (Roncero et al., 2016).

Realizando un contraste entre sexos, se destacan diferencias. Las mujeres con esquizofrenia consumidoras son más vulnerables a los efectos adversos de las sustancias, apareciendo los síntomas más rápido. La evolución de la esquizofrenia en mujeres es notablemente desfavorable que si se equipara con los hombres, ocurriendo lo contrario para mujeres esquizofrénicas que no consumen sustancias (Gearon y Bellack, 2000, como se citó en Roncero et al., 2016)

Según Proyecto Hombre (2021), la sustancia más usada entre la población con esquizofrenia es el alcohol, suponiendo para mujeres un 44% y para hombres un 61%. Por otro lado, al igual que lo mencionado en la Tabla 1 y Tabla 2, las benzodiazepinas son una sustancia extremadamente consumida por la población femenina. En este sentido son un 22% las mujeres que consumen en mayor medida esta clase de calmantes, frente a un 6% de varones, siendo una cifra notablemente más baja.

La etiopatogenia de la esquizofrenia es múltiple, ya que influyen factores genéticos, sociales y ambientales, pero es cierto que el consumo de drogas actúa en la aparición y desarrollo de la enfermedad (Lozano, 2002). Así, como mencionan Erdozain et al. (2009), el problema de que el consumo interactúe con el trastorno mental es que las sustancias provocan la reactivación de la sintomatología psicótica, produce un aumento de reagudizaciones y ocasiona un peor cumplimiento terapéutico. Ello produce un

agravamiento de los síntomas de la propia enfermedad como alucinaciones, delirios, apatía y otros más relacionados con la cognición como son, la pobreza en el lenguaje, la rapidez de procesamiento de la información u otros relacionados con la atención.

En concreto, el consumo del cannabis junto con el alcohol en personas con esquizofrenia es más común que otro tipo de drogas (inhalantes o benzodiazepinas). Algunos estudios han sugerido que el consumo del cannabis aumenta la probabilidad de padecer esquizofrenia en aquellas personas genéticamente predispuestas. Además, consumir cannabis cuando ya se ha presentado un trastorno por esquizofrenia, puede inducir a la persona a presentar un mayor número de brotes psicóticos a lo largo de su vida.

La esquizofrenia es una enfermedad tratada con antipsicóticos y estabilizadores para atender a la sintomatología que se presenta, es decir, para reprimir y controlar ideas paranoides, alucinaciones visuales y auditivas e ideas de persecución. En muchas ocasiones, las personas con esquizofrenia hacen uso del cannabis para paliar los efectos secundarios negativos de esta medicación, sin tener en cuenta lo perjudicial que es (Cardeillac, 2016).

Ambas enfermedades de salud mental se comportan similar ante el consumo de sustancias, ya que se trata de componentes psicoestimulantes que dañan gravemente la salud de las personas y mayormente la de este tipo de pacientes.

Se destaca la importancia de proporcionar una educación más intensiva en el campo de las adicciones por la repercusión tan grave que conlleva sobre todo para este colectivo. Así como extender tanto a los centros de atención a drogodependientes como a los centros de salud mental formación en patología dual, para así tener nociones sobre cómo actuar frente a estas situaciones y no dejar a la persona que acude al recurso sin una atención integral.

De forma conclusiva, sí existen evidencias que demuestran la relación entre enfermedades de salud mental y trastornos mentales por adicción a sustancias. Son muchas las personas que acuden a este hábito y agravan o afloran una enfermedad de este tipo. Es necesario eliminar los estigmas que se tienen hacia las personas con discapacidad y enfermedades de salud mental y las ideas preconcebidas que se tienen sobre sus capacidades.

Es fundamental el abordaje de esta problemática a nivel multidisciplinar, haciendo hincapié en la actuación de los recursos de psiquiatría, psicología y adicciones a sustancias de manera específica, pero sin dejar a un lado la importancia que tiene la actuación de la familia y de los agentes sociales que rodean al paciente.

2.3.4 Personas sin hogar

El sinhogarismo es una circunstancia más común de lo que la población estima. Lo que se conoce comúnmente como persona sin hogar (PSH), es aquel sujeto que no tiene acceso a una vivienda y por ende realiza las actividades diarias en la calle, incluyendo la pernocta. Lo cierto es que una PSH no es solo aquella que duerme en la calle, sino que hay varios perfiles que han sido categorizados por la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) creando cuatro grupos diferenciados llamados ETHOS (European Typology on Homelessness and

Housing Exclusion) Estos cuatro tipos se organizan de la siguiente manera (Homeless Entrepreneur, 2018):

- Sin techo (roofless), sin alojamiento: aquellas personas que viven en espacios públicos y que no tienen un techo para refugiarse. También se incluyen los alojados en recursos de emergencia en los que sólo pueden pernoctar, pero que el resto del tiempo residen en la calle.
- Sin vivienda (houseless): son las personas que residen en recursos transitorios o temporales y que reciben apoyo y manutención durante un tiempo establecido. En estos se incluyen: pensiones para mujeres que sufren violencia de género, centros penitenciarios o sanitarios, personas que viven en un albergue o aquellas que por su condición de persona inmigrante se albergan en Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE).
- Vivienda insegura: suelen incluirse en este grupo los “okupas”, es decir, personas que no tienen derechos legales sobre la vivienda que están ocupando. Además, se encuadran en esta tipología las personas que no pueden pagar su vivienda y se les realizará un embargo y las que sufren violencia por parte de las otras personas con las que conviven en el domicilio habitual.
- Vivienda inadecuada: éste conforma el último grupo, en el que se encuentran las viviendas de tipo chabola o alojamientos móviles y viviendas sobreocupadas (hacinamiento).

En 2023, los equipos de calle de Madrid realizaron un total de 4458 intervenciones a hombres y 784 a mujeres. En este colectivo se presenta un predominio del varón frente a la mujer, suponiendo un grave problema para ellos y una situación que se cronifica rápidamente si no se actúa con diligencia. En el estudio de Madrid Salud de 2018, se estableció que aproximadamente la mitad del colectivo de personas sin hogar tienen adicciones, constituyendo entre un 30-35% los que hacen un uso abusivo de alcohol y entre un 12-15% los que padecen dependencia a otras drogas (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

Las causas que llevan a una persona a verse en esta situación son múltiples, entre las más comunes a nivel estructural se encuentran el difícil acceso al mercado de trabajo y por ende a una vivienda, y a nivel individual algunas más específicas como: emigración obligada, economía inestable, despidos, desestructuración familiar, ruptura sentimental y los problemas de adicción.

Viendo esta situación desde el otro lado del prisma, uno de los motivos que llevan a una persona que ya está en situación de sin hogar al consumo de sustancias, es la propia inaccesibilidad a los recursos de vivienda existentes, que, aunque es cierto que Madrid cuenta con una amplia red de recursos para las personas sin hogar, la problemática se presenta tan ardua que hay una saturación real generalizada. Así como menciona Pérez-Lozao (2011) en un reportaje para Proyecto Hombre, otras razones por las que las personas sin hogar inician el consumo de sustancias son: superar las situaciones de miedo y estrés que se dan en el ámbito nocturno, para relacionarse con otras personas y evadirse de la soledad. Además de otras tesituras tales como las bajas temperaturas, la propia exclusión que provoca la situación de calle o las agresiones e insultos que reciben por parte de otros sectores de la población.

La complejidad que presenta el tratamiento de adicciones en este perfil es la habituación que tiene la persona de encontrarse en la calle y mantener esa circunstancia cíclica. Es decir, si comienza una terapia en un centro de adicciones y al salir vuelve a la calle donde están los lugares y las personas con quien consume, nunca se cerrará ese círculo vicioso.

Para poder actuar y conseguir abstinencia en una persona sin hogar, uno de los primeros objetivos a lograr es introducir a esa persona en un recurso. Inicialmente siempre se optará por uno de emergencia, en el que normalmente podrá residir más días si todos los profesionales que tratan con la persona, al coordinarse, establecen que su esfuerzo por adherirse al tratamiento en ámbito de adicciones va acorde a lo establecido en los planes de actuación.

De igual forma, no se trata solo de que los recursos ofrezcan una asistencia exitosa, sino que el acceso a la asistencia sanitaria, los servicios sociales y los centros de tratamiento de las drogodependencias no supongan un obstáculo (Pereiro, 2024).

El recuento y acceso a personas sin hogar es todavía un asunto pendiente en España, ya que, al tratarse de un fenómeno inestable, las personas que duermen en calle cambian los sitios donde duermen con relativa frecuencia, no acuden a los centros de salud o a otros recursos en los que poder recibir ayuda y así ser registrados. De esta manera, la Comunidad de Madrid, al igual que otras en la península, realizan actuaciones a favor de este colectivo mediante atención directa con los equipos de calle o colaboraciones con organizaciones del tercer sector para poder atender a todas las personas. Así como la que realizó Madrid Salud en 2016, junto con Cruz Roja, Cáritas, FERMAD, Red FACIAM y la Red Europea de Lucha contra la Pobreza (EAPN) llevando a cabo un procedimiento de atención de cuatro fases que incluyen (Madrid Salud, 2018):

- Localización y captación de personas adictas sin hogar por los equipos de calle del SAMUR Social y acercamiento de estas a la Red de Atención a Adicciones.
- Tarea de motivación por parte de los profesionales para incentivar a los usuarios a incorporarse a un tratamiento. Esta segunda fase está presente en todo el proceso ya que el apoyo del profesional es fundamental para una buena adherencia.
- Realización de una valoración y diseño de una intervención individualizada ya sea orientada a abstinencia o a reducción de daño, en caso de que el equipo valore que la persona está animada y segura de comenzar la terapia.
- Fase de reinserción, que se lleva a cabo tanto en los centros de acogida de media y alta exigencia como en los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) y los Centros Concertados de Atención a Drogodependientes (CCAD).

Este documento engloba e incluye el trabajo de equipos multidisciplinares, en el que se cuenta con el apoyo de trabajadores sociales, además de la labor de los diferentes recursos e instituciones involucrados en el abordaje de esta problemática, buscando siempre una atención eficaz y adaptada al ritmo que lleve el usuario.

El colectivo de personas sin hogar es quizá el que presenta las problemáticas más heterogéneas. Es tan complejo de abordar, en primer lugar, porque el entorno de la persona es de plena exclusión, es decir, generalmente no cuentan con apoyo familiar, no tienen empleo ni formación o realizan actividades marginales. Además, no suele ser

posible crear rutinas, sus hábitos de higiene son escasos y se ven envueltos en situaciones de pobreza y discriminación continua. En segundo lugar, porque el propio sistema no está preparado para atender y acoger tal cantidad de personas en calle y alojarlas en recursos o instituciones dignas.

Las múltiples dificultades que envuelven a la persona se ven acompañadas en gran medida por el consumo de estupefacientes, que acrecienta la probabilidad de continuar en esta situación.

Cada vez son más los profesionales de lo social y las diferentes entidades tanto estatales como del tercer sector, que se preocupan por este colectivo, y que crean nuevos proyectos y animan a las personas sin hogar a acudir a ellos para lograr una reinserción de estas en la sociedad.

2.3.5 Personas LGTBIQ+

Las personas que se encuadran dentro del colectivo LGTBIQ+ (lesbiana, gay, transexual, bisexual, intersexual y queer) han crecido en un contexto de continua discriminación, acoso y prejuicios que ha afectado gravemente la salud mental de este grupo, favoreciendo una mayor propensión al consumo de drogas para aliviar el estrés o para encontrar nuevos grupos sociales con los que no sentirse juzgados.

Es cierto que no existe una relación directa entre ser homosexual y consumir, puesto que una persona heterosexual, tiene las mismas probabilidades de iniciar el consumo que una persona homosexual. En contraposición, varios estudios afirman que, en realidad, este colectivo al someterse a situaciones muy fuertes de estrés y marginación de forma tanto externa con el comportamiento de las personas, como interna con la incertidumbre de su identidad, las posibilidades de empezar con este hábito y que finalmente suponga una adicción, son mayores (SAMHSA (2016), como se citó en Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center (2022).

Los estudios y análisis realizados por Folch et al. (2020), sobre la población LGTBIQ+ consumidora de sustancias, están más orientados a hombres homosexuales y al consumo de drogas recreativas. En este sentido, es conveniente introducir dos problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias que cada vez son más visibles en las personas que pertenecen al colectivo LGTBIQ+. Estas son el *chemsex* y las enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

2.3.5.1 Chemsex

En primer lugar, se destaca una nueva práctica denominada “*chemsex*” (Chemical sex). Un término inglés que es utilizado para referirse al uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), habitualmente durante largos períodos de tiempo y con múltiples parejas. Es conocido en otros países del mundo como *Party and Play* (PnP) o *Intensive sex partying* (Dolengevich et al., 2017).

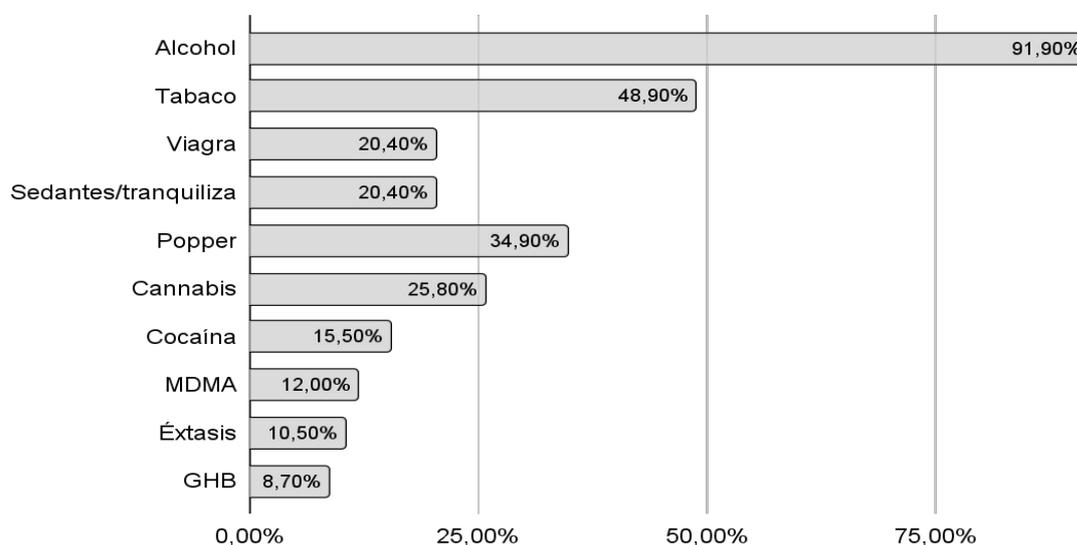
En 2017, se llevó a cabo una investigación por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA en Cataluña (CEEISCAT) (2017) en la que se realizaron encuestas a un total de 10.634 personas con edades comprendidas entre 16 y 83 años de las diferentes comunidades autónomas de España. La metodología seguida fue la propagación de cuestionarios y entrevistas a través de distintos foros (páginas webs y aplicaciones para ligar), anuncios

en redes sociales, *mailing* y participación de asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que enviaron personalmente las preguntas. Tras este trabajo, se obtuvieron los siguientes datos:

- Entre las respuestas sobre orientación sexual, se obtiene que un 80% es homosexual, un 13% bisexual y el resto prefiere no etiquetarse o son heterosexuales.
- Relacionado con el tipo de drogas consumidas se dividen en dos. Por un lado, entre las drogas legales más frecuentes están: el alcohol, el tabaco, la viagra y los sedantes/tranquilizantes. Y por otro, las ilegales, entre las que se encuentran el nitrito de amilo (popper), el cannabis, la cocaína, el metilendioxi-metanfetamina (MDMA), el éxtasis y el Gamma hidroxibutirato (GHB).

Figura 1.

Consumo de alcohol y drogas (últimos 12 meses)



Nota. Elaboración propia a partir de la información extraída del documento realizado por CEEISCAT (2017). El gráfico representa las drogas legales e ilegales más utilizadas en contexto de *chemsex*.

El *chemsex* se relaciona con episodios de sobredosis, adicciones y problemas de salud mental (incluyendo aumento de las tasas de suicidio). Se asocia en muchas ocasiones con el incremento de prácticas sexuales de riesgo produciendo un fuerte impacto en la salud de las personas. Además, no solo se extienden las consecuencias al ámbito sanitario, sino que afecta directamente a la vida de la persona y se acentúan estos efectos en términos de empleo o formación, socialización e incluso se ha relacionado con problemas económicos y jurídicos (Dolengevich et al., 2017).

Es un fenómeno dinámico que incluye unas sustancias básicas que son las más utilizadas en *chemsex*, siendo estas mefedrona, GHB, cocaína y metanfetamina y son consumidas generalmente por vía intravenosa. A esta dispensación de drogas por vía endovenosa se le da el nombre de “slamming” o “slamsex”. Por otro lado, se extiende también el uso de otras drogas como alcohol, éxtasis, cristal, poppers o ketamina, consumidas de forma oral, inhalada, fumada o rectal. Éstas últimas no son tan usadas como las anteriormente mencionadas, aunque lo cierto es que las sustancias van variando

según el país y la época. Lo que se busca en estas ocasiones cuando se mezcla el consumo de sustancias con las prácticas sexuales es prolongar la duración del acto sexual (desde varias horas hasta días), estimulación, excitación, euforia, desinhibición y relajación, sin tener en cuenta las repercusiones posteriores que tiene este hábito (Chemsex.info, 2024).

Además de los efectos buscados a la hora de practicar *chemsex*, existen otros motivos detrás que llevan a las personas a ello. Por ejemplo, una situación psicológica personal que haya afectado mucho (fallecimiento de un ser querido, desempleo o ruptura sentimental), tener conflictos familiares/personales sin resolver o ser una vía de escape para conocer gente nueva y crear redes sociales (Dolengevich et al., 2017).

Es una práctica emergente en la actualidad. Tiene una red muy compleja detrás encargada de crear estos espacios donde se practica *chemsex* y a los que se puede acceder a través de aplicaciones móviles y mensajes de WhatsApp o Telegram. Estos espacios pueden ser pisos de alquiler, saunas, clubs que ofrecen servicios sexuales o zonas de cruising, es decir, lugares públicos (Chemsex.info, 2024). Es a través de las aplicaciones móviles por donde obtienen más información sobre el lugar donde serán los próximos eventos. De hecho, existen unos códigos y términos establecidos para realizar la búsqueda y encontrarlos con facilidad, por lo que acceder no es nada complejo, suponiendo otro problema añadido para niños menores de edad que tengan acceso a internet.

2.3.5.2 *Enfermedades e infecciones de transmisión sexual*

Estas prácticas conllevan riesgos concentrados principalmente en tres vías. Inicialmente en la búsqueda de múltiples parejas sexuales con las que experimentar el sexo. En segundo lugar, las propias prácticas sexuales que pueden implicar violencia y agresiones físicas. Y por último las inyecciones de los estupefacientes, que suponen el mayor riesgo ya que se aumenta la exposición a contraer enfermedades. En este contexto es donde se encuentra el punto común, la transmisión de enfermedades e infecciones de transmisión sexual destacando el VIH, la Hepatitis C, la sífilis o la gonorrea. De hecho, un estudio realizado por Fernández y CEEISCAT (2017) obtiene que el uso de métodos de barrera como el condón es casi nulo y que aproximadamente un 70%-80% de los usuarios que asisten a esos eventos tiene VIH. Además, entre los entrevistados, se destacó que una docena había tenido al menos una ITS en sus vidas.

Al riesgo que supone la administración de drogas por vía intravenosa en relación con la transmisión de infecciones, se añade que, si se aplica una técnica incorrecta de inyección, puede causar dolores muy graves, abscesos y otras lesiones e infecciones cutáneas.

Las personas que contraen VIH son tratadas con terapia antirretroviral (TAR) y la mayoría tienen carga viral indetectable. Este medicamento es dispensado diariamente y ayuda a sobrellevar la infección y llevar una vida normalizada, ya que no se cura.

Existen dos medicamentos la PrEP y la PEP, profilaxis previa a la exposición y profilaxis posterior a la exposición respectivamente, que se administran tanto a la persona que quiere prevenir el VIH (comúnmente recetado para aquellos que practican *chemsex* y *slamming*) o en el caso de la segunda medicación para aquellas personas que creen haber estado expuestas al VIH (Medline Plus, 2024).

La PrEP es una herramienta muy útil si se administra de forma responsable en los tiempos y horarios establecidos, pero no garantiza su plena efectividad si se alterna con

prácticas sexuales de riesgo y sin protección. Aunque es cierto que la PrEP no interactúa negativamente con algunas drogas o alcohol, exponerse continuamente al VIH y tomarla a demanda no asegura que no se vaya a contraer esta infección (Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH, 2020).

Por otro lado, algunos analgésicos opiáceos como el fentanilo o benzodiacepinas como el midazolam, sí que pueden interactuar con este tratamiento. Algunos efectos que experimenta la persona son: los propios efectos secundarios del TAR amplificadas (dolor de cabeza, náuseas, insomnio), el aumento de la toxicidad del fármaco y mayor probabilidad de sobredosis por la modificación en la metabolización de las drogas al tomarla con la PrEP/PEP (Ministerio de Sanidad, s.f -a).

En conclusión a la información expuesta sobre este colectivo, se destaca el *chemsex* como una práctica que cada vez está tomando más protagonismo en la sociedad. A pesar de los numerosos artículos existentes en páginas oficiales, la educación y formación en hogares y escuelas sobre este tema es escasa, no llegando a transmitir los riesgos que ello implica.

Se subraya el peligroso problema de adicción a las drogas que acompaña a esta práctica y la amenaza de contraer ITS y enfermedades de transmisión sexual (ETS) por el uso inyectado de drogas y la actividad sexual sin protección. Es imprescindible acentuar la alarmante dependencia que la mezcla drogo- sexual genera y la relevancia de regular estos encuentros y ofrecer apoyo y asistencia a todas aquellas personas que se encuentren en esta situación, ya que produce una afectación generalizada, tanto de salud como se ha mencionado previamente, como a nivel social, y en otras esferas como la laboral, educativa o relacional.

3. PLANES Y POLÍTICAS ESTATALES SOBRE DROGAS

En España, la gestión de las adicciones se rige a través de políticas públicas y programas que se plantean a nivel gubernamental. Dentro de estos proyectos, existen tres documentos principales donde se da gran parte de la información relativa a las adicciones. Entre estos se encuadran el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), la Estrategia Nacional Sobre Drogas y el Plan de Acción Sobre Drogas y Adicciones.

Estos informes son elaborados y llevados a cabo por diferentes entidades tales como el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Consejería de Sanidad, servicios de Salud Mental, Centros de Atención a Drogodependientes y los Centros de Reinserción. Además, se cuenta con la participación y la colaboración de del Tercer Sector que trabajan desde prevención hasta intervención individual con cada usuario. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2024).

3.1 Plan Nacional Sobre Drogas

El PNSD es un grupo de documentos que se empezaron a elaborar en 1985 hasta 2023, teniendo algunos más relevantes como el del año 2000. Este documento recoge planes y políticas similares en las diferentes regiones de España con el objetivo principal de coordinar todos aquellos proyectos que se desarrollen en las distintas administraciones públicas y establecer unas líneas de actuación comunes. Entre las más destacadas se encuentran: tonificar la red de recursos asistenciales para personas drogodependientes para su futura reinserción, fomentar políticas de prevención que produzcan una reducción de la venta de drogas, incentivar aquellas actividades que proponen las ONGs e instituciones autonómicas y locales y hacer partícipes de este problema a la sociedad.

La estructura política del PNSD está compuesta por un bloque principal, siendo éste el Grupo Interministerial, del que forman parte varios ministros como el del Interior (quien lo preside), Justicia, Educación y Cultura, Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asunto Sociales y otras figuras que ejercen el secretariado. A su vez existen dos órganos cuya función es establecer las relaciones entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas. En este contexto se encuentra por un lado la Conferencia Sectorial, que la preside el ministro del Interior y la conforman el Grupo Interministerial y los Consejos responsables de las políticas de drogodependencias a nivel autonómico. Por otra parte, está la Comisión Interautonómica, cuya presidencia la ejerce el delegado de Gobierno y la forman los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas en cada Comunidad Autónoma, incluyendo Ceuta y Melilla (Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2000).

3.1.1 Observatorio Español Sobre Drogas

Este Plan Nacional incluye el Observatorio Español sobre Drogas (OED) del que se encarga la Delegación del Gobierno. Esta medida se puso en marcha en 1998 y es muy relevante debido a que es el órgano que se encarga de reunir y analizar la información relevante sobre drogas y toxicomanías a nivel estatal. La manera de conseguir el objetivo principal de recogida de información se lleva a cabo con la cooperación de diferentes estructuras como son los grupos de especialistas y científicos, entidades privadas e instituciones públicas tanto nacionales como internacionales que colaboran en este sistema para poder recabar y evaluar los datos para realizar estadísticas sobre la situación de la drogodependencia en nuestro país. En este contexto, el OED ha actualizado su

designación siendo la nueva el Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones (OEDA). Es de este observatorio del que parte la Encuesta EDADES repetida longitudinalmente con el objetivo de informar a la población de la prevalencia respecto a consumo, sustancias, edad, sexo, mortalidad y otros factores relevantes en el momento de medir adicciones. El OEDA ha supuesto una herramienta principal para determinar alternativas a aplicar en relación con la puesta en marcha de las distintas actuaciones de tratamiento de adicciones. (Ministerio de Sanidad, 2023)

Volviendo a hacer referencia al PNSD (2000), incluye una descripción del cambio de los patrones de consumo, haciendo un breve relato sobre las diversas drogas que se consumen y cómo se modifica con el paso de los años. Además, pone especial énfasis en la prevención y expone quiénes son los grupos de mayor prioridad a los que exhibir la problemática. Bajo esta premisa, se centra en la importancia que tienen las familias y los círculos sociales de jóvenes y adolescentes y la influencia que se puede realizar sobre ellos en contexto de consumo. El Plan Nacional hace hincapié en una base de cohesión e implicación familiar que permita confianza, firmeza en la educación en lo referente a drogodependencia y una mínima exposición al consumo. El PNSD se dirige de forma directa a estos colectivos centrándose en su especial vulnerabilidad y haciéndoles partícipes de la gravedad de la problemática con el objetivo de reducir estas prácticas.

El documento incluye en primer lugar una parte preventiva que se lleva a cabo a través de campañas de sensibilización tales como las realizadas a nivel comunitario expuestas en las Administraciones o las dirigidas al ámbito escolar formando tanto a profesores como a padres. Además, incluye otras orientadas al entorno laboral donde participan organizaciones sindicales que proporcionan información sobre el riesgo que supone el uso de sustancias en este contexto y añade planes de comunicación social que tratan de informar a nivel general a la población. En segundo plano incorpora referencias relativas a la atención que se presta a las personas consumidoras en términos de asistencia y reinserción en la sociedad, a través de distintos recursos y programas que han sido elaborados para atajar esta problemática y de los que se hablará posteriormente en este trabajo.

El PNSD contiene otros apartados relativos a la cooperación internacional y convenios que guarda con otros países, control de la oferta existente en el país o aspectos legales recogidos en el Código Penal que, aunque pertenecen a este documento, no son objeto de interés para este trabajo. En definitiva, se puede afirmar que el objetivo del PNSD es lograr una estrategia integral que ayude a prevenir el consumo de drogas fomentando así la reducción del consumo y abordar, con los distintos programas, las problemáticas específicas de cada colectivo respecto a adicciones. Añadiendo la importancia de destacar información concreta sobre nuevas tendencias de consumo, cambios en los perfiles y variaciones en la prevalencia. (Ministerio de Sanidad, s.f -c)

3.1.2 Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid

El PNSD propone a su vez planes exclusivos para cada Comunidad Autónoma, siendo el de la Comunidad de Madrid uno de los más relevantes en términos cuantitativos si nos referimos a cantidad de población en el municipio. El documento que rige la actuación en la Comunidad de Madrid en término de adicciones es el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones que pretende mejorar la calidad de vida de las personas que

se encuadran dentro de esta problemática, tanto padeciendo un solo trastorno como sufriendo Patología Dual (Consejería de Sanidad, 2022).

En este Plan Estratégico se proponen un total de 12 líneas estratégicas con 94 objetivos que plantean la consecución de acciones dirigidas a la satisfacción de este colectivo. Las más destacadas son aquellas que mencionan la prevención y promoción del bienestar emocional y la atención a personas con enfermedades de salud mental y adicciones como premisa principal. Además, se menciona la importancia que toma la formación de los profesionales, la cooperación y la participación de usuarios, familiares y profesionales en el proceso de recuperación del paciente y en la toma de decisiones sobre su tratamiento. El Plan Estratégico pretende la creación de nuevos recursos especializados y la puesta en marcha de proyectos para lograr esa atención integral previamente mencionada involucrando a la sociedad en los mismos y favoreciendo a eliminar el estigma creado hacia este colectivo (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2022).

3.2 Estrategia Nacional Sobre Adicciones

En segundo lugar, la Estrategia Nacional Sobre Adicciones (ENA) (que cubre desde el año 2017 hasta 2024), se plantea como otro de los documentos con más relevancia en España dentro de esta temática. Al igual que los demás planes, la Estrategia pretende abordar y prevenir el consumo de drogas en el país incluyendo medidas dirigidas a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas adictas.

Entre los objetivos generales de la estrategia se encuentran los siguientes (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017):

- “Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.”
- “Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.”
- “Retrasar la edad de inicio a las adicciones.”

La ENA establece un enfoque integral, ya que cuenta con el individuo como persona afectada y realiza acciones individuales acciones dirigidas a la comunidad, ya que se entiende que ésta también se ve perjudicada a nivel económico, sanitario, social y de seguridad. Viéndolo desde esta perspectiva, se favorece al planteamiento de acciones preventivas para todos los públicos, tanto consumidores como los que no lo son, ya que todas las personas somos susceptibles de mantener algún consumo en la vida.

Al igual que otros documentos Estatales, la Estrategia Nacional cuenta con ocho principios rectores. Por un lado, benefician la credibilidad de las acciones que llevan a cabo, como pueden ser la transparencia, con la ley 19/2013, de 9 de diciembre, establece que la transparencia, el acceso a la información pública y las normas de buen gobierno deben ser los ejes fundamentales de toda acción política (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2017); la equidad, que permite el acceso a toda la población a las prestaciones existentes y manteniendo igualdad de condiciones y no discriminación; o calidad, que garantiza que la acción asistencial y de reducción de daños se ejerza adaptándose a las necesidades de la población y siendo respaldado por la evidencia científica. Por otro lado, principios que están basados y apoyados por los cambios sociales acontecidos en este siglo, tales como la perspectiva de género, que se apoya en la Ley

Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, haciendo uso de las herramientas necesarias para visibilizar la afectación que sufren las mujeres por esta problemática. En este segundo grupo de principios, también encontramos otros como la eficiencia y la sostenibilidad utilizando competentemente los recursos existentes para obtener resultados efectivos a través de las políticas aplicadas.

La ENA plantea en su informe siete áreas de actuación básicas, unas dirigidas a informar a la sociedad y otras destinadas a proteger a la población y hacerla más segura. Las áreas dirigidas a crear una sociedad más saludable e informada son según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017):

- **Prevención y reducción del riesgo:** se realizan actuaciones preventivas a través de la educación de las familias, el empleo o medios de comunicación y dirigiendo las intervenciones a varios grupos: universales (para toda la sociedad), selectiva (orientado hacia los grupos más vulnerables) y las indicadas (hacia individuos que presentan una problemática más grave). También se llevan a cabo acciones para reducir el riesgo que conllevan los consumos. Por ejemplo, evitar consumos ocasionales que puedan derivar en cronicación, reducir prácticas como el *binge-drinking* (beber la mayor cantidad posible) o impedir el uso de vehículos para evitar accidentes. En esta área toman especial interés los menores, los jóvenes, las mujeres, los adultos de grupos como reclusos y profesionales del sector hostelero.
- **Atención integral y multidisciplinar:** es decir, intervenir con todos los grupos que estén afectados directa o indirectamente por la problemática de consumo de sustancias o de adicciones sin sustancias (juego patológico), haciendo uso de todos los recursos existentes y siendo atendidos por los diferentes profesionales garantizando la calidad del servicio.
- **Reducción de daños:** contemplando este, el seguimiento de programas y estrategias haciendo uso de las diferentes herramientas para mermar las consecuencias del consumo de sustancias, sin considerar como objetivo principal la reducción de las cantidades suministradas. En este tipo de proyectos es un profesional el que informa y acompaña a la persona en su proceso de consumo administrando jeringuillas esterilizadas, controlando las cantidades de alcohol que se consume en salas de consumo supervisado para prevenir actitudes de la persona como violencia (y proteger a su entorno) o sobredosis.
- **Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral:** implican actuaciones que permiten a la persona adquirir un grado de autonomía y responsabilidad suficiente para poder integrarse en la vida normalizada. El ámbito laboral no es la única esfera donde se establecen planes de trabajo, sino que especialistas como trabajadores sociales, estudian cada caso de forma individual y realizan planes de intervención que permiten guiar a la persona en el ámbito familiar, social, sanitario, educativo, residencial o judicial (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2017).

Por otro lado, como se mencionaba previamente, entre las áreas destinadas a crear una sociedad más segura se encuentran:

- Reducción y control de la oferta: según la Estrategia Europea (2013-2020) como se citó por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017), se pretende suprimir la delincuencia organizada relacionada con las drogas ayudándose de la cooperación judicial y policial, incautar sustancias ilegales y supervisar las fronteras. El objetivo de las autoridades que participan en este proceso es cortar los procesos de producción, los procesos de distribución mayorista y minorista y la obtención de ganancias económicas por las ventas. Además, la Península Ibérica, por su localización geográfica es una región con varias entradas, favoreciendo el tránsito y tráfico internacional si no se presenta extrema precaución en los pasos fronterizos.
- Revisión normativa: en lo referido a aquellas políticas dirigidas a la venta, promoción dispensación y consumo de drogas legales, para proteger a menores de edad (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2017) y revisión de la normativa relativa a la incorporación del uso de novedosas sustancias psicoactivas en las listas de fiscalización, es decir, que se encuentren exclusivamente dirigidas al uso médico y que su empleo no se desvíe a fines ilícitos.
- Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional: donde se pretende mejorar la colaboración y cooperación de los Cuerpos de Seguridad tanto a nivel interno (nacional) como externo (internacional), para favorecer el intercambio de información y el avance en investigaciones sobre drogas. Además, se demanda la colaboración con entidades financieras que identifiquen los movimientos que impliquen grandes sumas económicas.

A su vez, existen áreas transversales tales como la coordinación, para hacer políticas eficientes y que aprovechen los recursos al máximo; gestión del conocimiento, adoptando fuentes de información fiables y que permitan adaptarse a las nuevas situaciones en adicciones; la legislación, que debe fortalecer la normativa en aquellos ámbitos (publicidad o acciones sobre los menores) que están débilmente legislados u otras áreas como comunicación y difusión o evaluación y calidad.

A modo conclusivo de la ENA, se podría resumir como un documento que marca las líneas generales de actuación en materia de adicciones. Es una herramienta que informa sobre movilización de recursos y políticas con los que favorecer a la ciudadanía y su calidad de vida y reducir el impacto tan grave que tiene para la salud pública el tráfico y consumo de drogas. Para que se cumplan los objetivos que en su interior plantea, es necesaria la colaboración de los órganos políticos y una evolución positiva de la coordinación entre los distintos actores que participan en la mejora de esta problemática, contando también con el apoyo de la ciudadanía.

3.3 Plan de Acción Sobre Adicciones

Complementando la Estrategia Nacional, se encuentra el informe oficial del Plan de Acción Sobre Adicciones. El último se publicó posteriormente a la aprobación de la ENA 2017-2024, es decir, en el año 2022. El planteamiento inicial de este Plan está enfocado en el desarrollo de la acción práctica de lo redactado en la ENA y comentado previamente.

Si retrocedemos en el texto, este Plan comparte los mismos principios rectores de la ENA, es decir: equidad, perspectiva de género, transparencia, evidencia científica... Del mismo modo, el Plan de Acción Sobre Adicciones recoge también estos apartados incluyendo las dos metas principales que se establecieron en la ENA: la dirigida hacia una sociedad más saludable e informada y la relacionada con crear una sociedad más segura. El Plan de Acción hace una recopilación de esta información y la amplía añadiendo acciones, actividades e indicadores para cada área (Ministerio de Sanidad, 2022).

En primer lugar, dentro de la meta “hacia una sociedad más saludable e informada”, y de sus cuatro áreas de actuación previamente explicadas en el marco de la Estrategia Nacional (prevención y reducción del riesgo, atención integral y multidisciplinar...) se plantean algunas acciones interesantes como:

- Proyecto de mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada: donde se propone actualizar los proyectos de prevención de adicciones o implantarlos en los entornos digitales, fomentar la prevención de adicciones en la infancia y en el ámbito familiar o la creación de protocolos que permitan identificar menores vulnerables para poder realizar una intervención eficaz.
- Ocio Seguro y Saludable: donde se llevan a cabo estudios sobre la eficacia de las intervenciones que se realizan en el ocio nocturno y los entornos recreativos o promover la prevención de violencia sexual relacionada con el consumo de sustancias en esos entornos.
- Prevención de adicciones en contextos prioritarios: como puede ser programas de prevención de adicciones en el ámbito laboral, o en seguridad vial, coordinarse con la Dirección General de Tráfico para fomentar la reducción de reincidencia de accidentes o conducción de riesgo.
- Herramientas e-salud (que son las que permiten hacer un seguimiento de la salud de los pacientes): difundiendo estas herramientas en el ámbito de adicciones y en todas las comunidades autónomas o creando más herramientas de este tipo para fomentar la asistencia en ámbito de adicciones.
- Fármacos con potencial adictivo: informando la peligrosidad de hipnosedantes y analgésicos opioides si no se hace buen uso de los mismos y colaborando con la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia para llevar a cabo buenas prácticas.
- Abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones en recursos asistenciales: proponiendo recomendaciones para abordar esta doble problemática en los recursos asistenciales y ofrecer formación específica a los profesionales de la red asistencial de adicciones.
- Extensión y mejora de actividades de reducción de daños: revisando el funcionamiento de los programas de prevención de sobredosis en el ámbito penitenciario y en el Sistema Nacional de Salud o promover estrategias de reducción de daños en colectivos específicos (LGTBIQ+, prostitución o personas que practican *chemsex*).

De igual forma, se plantean acciones para la meta dirigida “hacia una sociedad más segura”, incluyendo en la misma las áreas de reducción y control de la oferta, revisión de la normativa y cooperación judicial y policial nacional e internacional. Algunas de las acciones que propone el Ministerio de Sanidad (2022) son:

- Incrementar la eficacia de las herramientas para la investigación del blanqueo de capitales y la capacitación en esta materia, con especial atención a la recuperación de activos de procedencia ilícita: especializando a los cuerpos policiales en blanqueo de capitales y fomentando que el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) siga participando en iniciativas nacionales e internacionales.
- Reforzar la lucha contra la producción de cannabis, realizando el Plan Nacional de actuación contra la criminalidad asociada a la producción y tráfico de cannabis, desarticulando las bandas de crimen organizado de cultivo y tráfico y procediendo a la quema de plantas de cannabis.
- Normativa de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP), viendo si sería preciso fiscalizar (monitorear y regular la producción y uso de las sustancias) estas nuevas sustancias.
- Reforzar las intervenciones policiales coordinadas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre las organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala.

En definitiva, el Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-2024 busca aumentar la información ofrecida por la ENA y reducir el impacto negativo que tiene sobre la salud pública el consumo de drogas. Así como desarrollar acciones y actividades útiles a llevar a cabo por los organismos, recursos e instituciones con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y reducir, prevenir e intervenir en esta problemática que afecta a nivel mundial y a todos los colectivos.

4. RECURSOS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Las adicciones, son una problemática que afecta a la salud pública de las personas consumidoras y de los coadictos, las que personas que sufren las consecuencias indirectas de la adicción. Para facilitar la evolución y mejoría de esta enfermedad, tanto el Estado a nivel público, como empresas en el ámbito privado y empresas del tercer sector, han cimentado infraestructuras y recursos dirigidos especialmente a esta población.

Es relevante hacer una breve exposición de los recursos según la titularidad. Es decir, por un lado, están los recursos públicos, que son aquellos pertenecientes y creados por el Estado, a los que se puede acceder de manera “gratuita” ya que son financiados por toda la población a través de los impuestos. Por otro lado, están los centros de titularidad privada, que son empresas, asociaciones y fundaciones, donde una persona o grupo de personas ha ofrecido su capital para iniciar el proyecto. Para poder beneficiarse de este servicio en algunos casos hay que pagar y en otros no es necesario, ya que poseen la particularidad de ser concertados. Es decir, un sistema mixto entre lo público y lo privado, donde se reciben los servicios como en un centro privado, pero que cuentan con financiación Estatal o por parte de donaciones u otras aportaciones de particulares.

4.1 Niveles de atención

Tal y como menciona el Ministerio de Sanidad (s.f -d), en el PNSD existen tres niveles de atención que conforman la red de tratamiento para las adicciones:

En el primer nivel o “puerta de entrada” encontramos la composición base: centros y profesionales de Atención Primaria (AP). En su mayoría son unidades que realizan detección y atención básica en los centros de AP, centros ambulatorios o recursos de reducción del daño. Desde este recurso se derivan a otras instancias más especializadas en los distintos centros. En Madrid los recursos que más repercusión tienen son:

- La Unidad Móvil Madroño de Reducción del Daño: es un vehículo ubicado en Argüelles destinado a aquellas personas que no han acudido a los centros de salud porque no pueden o no quieren. Se ofrecen tratamientos con metadona, cuidados sanitarios básicos, vacunaciones, gestión y cambio de jeringuillas, atención psiquiátrica y social, orientación nutricional y vestido. Cuenta con un equipo completo compuesto por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores y administrativos. La ventaja de esta unidad es que los usuarios que acuden a ella son personas que huyen de las instituciones y del ambiente hostil que puede ser para ellos un centro de salud, pero aun así no dejan de recibir atención (Ayuntamiento de Madrid, s.f -d).
- Dispositivo asistencial de reducción de daños en Cañada Real: es un espacio dirigido principalmente a los usuarios que residen en la Cañada Real Galiana o cerca de la misma. Se realiza apoyo al tratamiento en adicciones y se procura la reducción del daño. En este centro se ofrecen servicios básicos de alimentación, ropa e higiene y otros destinados a la atención psicosocial de la persona ofertando tanto acompañamientos y apoyo personal como intervenciones psicológicas. Además, se trabajan otros aspectos de la vida de una persona como la convivencia o el ocio (realizando actividades lúdicas que alejan al paciente del consumo). Este recurso se coordina con otras entidades y deriva a los usuarios en

función de las necesidades que se detecten (Fundación Salud y Comunidad, 2024).

El segundo nivel está constituido principalmente por centros ambulatorios que realizan intervenciones de tipo psicológicas, sociales y sanitarias, donde el objetivo principal es la abstinencia del usuario. Suelen ser atendidos por equipos multidisciplinares para abarcar el mayor número de áreas posibles. De forma general cada profesional organiza su intervención directa y personalizada para cada usuario, logrando así superar cada objetivo que se proponga en el plan de acción. Es muy común en este tipo de centros hacer uso de fármacos como la metadona o la buprenorfina para hacer frente al problema de dependencia. Dentro de este nivel, se encuentran todos los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) y los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) (Ministerio de Sanidad, s.f).

Respecto a estos recursos de captación y vinculación que se encuentran en la Comunidad de Madrid, el primero (CAD) es competencia del Ayuntamiento de Madrid dependiendo del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, y los CAID es la red que tiene la Comunidad de Madrid para atender a los usuarios. En ambos se realizan funciones similares ya que son recursos públicos, en los que se proporciona asistencia, tratamiento, prevención y rehabilitación en adicciones.

Los CAD existentes en la ciudad de Madrid están en Arganzuela, Hortaleza, Latina, San Blas, Tetuán, Villaverde y Vallecas (Madrid Salud, 2024 -c).

Por otro lado, los CAID que hay de la Comunidad de Madrid se encuentran en: Alcorcón, Alcobendas, Arganda del rey, Alcalá de Henares, Aranjuez, Collado Villalba, Coslada, Colmenarejo, Este, Fuenlabrada, Getafe, Móstoles, Leganés, Los Pinares, Majadahonda, Mejorada del Campo, Mancomunidad de los Pinares, Norte, Parla, San Fernando de Henares, San Martín de Valdeiglesias, Sur-Usera, San Sebastián de los Reyes y Torrejón de Ardoz (Comunidad de Madrid, 2024).

Además, Madrid cuenta con varios proyectos de Centro Concertado Atención a las Drogodependencias (CCAD) de la Comunidad de Madrid, que tienen un funcionamiento similar al de un CAD. Éstos están ubicados en Chamartín, Casa de Campo y en el Centro. El proyecto de Chamartín está gestionado por Cáritas Madrid y es el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) de Santa Hortensia, al que se puede acceder derivado de otro CAD/CAID, otro recurso, del centro de salud o por iniciativa propia, y es un servicio gratuito. Por otro lado, tanto el proyecto de Casa de Campo como el de Centro, lo gestiona Cruz Roja, ofreciendo servicios similares a los otros recursos de adicciones de Madrid. (Ayuntamiento de Madrid, s.f- a).

Por último, el tercer nivel de servicios especializados concentra en su interior cuatro tipos de centros (Ministerio de Sanidad, s.f -e):

- Unidades de desintoxicación hospitalaria: que guardan relación con el primer nivel, ya que es donde acude la gente que necesita una desintoxicación urgente y que no puede costearse un servicio privado.
- Comunidades terapéuticas: son espacios de internamiento temporal, donde se ofrece tratamiento sociosanitario. Los pacientes que acuden han pactado con el propio centro o con el derivador, permanecer en un entorno controlado para tratar el problema de adicción. Es en ese mismo centro donde se lleva a cabo su

tratamiento psicológico/psiquiátrico, social y sanitario. La Clínica Nuestra Señora de la Paz es un ejemplo de centro con plazas públicas que acoge a personas que necesitan este tipo de tratamiento (Clínica Nuestra Señora de la Paz, 2016) . Por otro lado, existen recursos de titularidad privada-concertada como la Clínica Doctor León, que ofrece tanto tratamientos ambulatorios como internamientos para los pacientes en situación más grave o con patología dual (Clínica Doctor León, 2023). De forma genérica, los recursos residenciales, suelen tener una duración de entre 3 y 12 meses, pudiendo variar en algunos casos según la evolución del tratamiento.

- Recursos de apoyo a la intervención: estos recursos también están compuestos por pisos terapéuticos. Existen algunos que tienen régimen abierto, es decir, que la persona acude allí para recibir el tratamiento (farmacológico, psicológico, social...) y vuelve a su casa o residencia habitual y otros de régimen cerrado (comunidades terapéuticas), donde la persona se encuentra en un estado de dependencia total y necesita atención continuada y pernocta en el recurso. Estos centros apoyan el tratamiento ambulatorio cuando los usuarios no tienen vínculos sociales o familiares.
- Centros o unidades de día que apoyan el tratamiento de forma puntual: son centros a los que acude la persona afectada donde pueden realizar contención durante el día recibiendo apoyo ambulatorio. En estos centros la persona no puede pernoctar, pero sí puede hacer actividades ocupacionales que favorecen la deshabitación y la reinserción, ya que bastantes tareas están enfocadas al ámbito laboral y educativo. En efecto, el CTA de Cáritas, es uno de los centros que corresponden a este grupo.

Lo cierto de todos los servicios, es que cooperan entre sí para que las personas con adicciones puedan recibir atención continuada. Es por ello por lo que un mismo recurso ofrece diferentes prestaciones, es decir, el mismo que brinda atención residencial, también puede realizar intervenciones ambulatorias, siempre sin exceder de las plazas que tengan.

4.2 Recursos públicos especializados en la problemática

4.2.1 Proyecto Hombre

Proyecto Hombre (2024) es una organización sin ánimo de lucro, que al igual que asociaciones homólogas opera con el colectivo de adicciones. A diferencia de otros recursos, éste, trabaja con varios grupos de forma simultánea e individualizada, es por eso por lo que se ve apropiado no separarlo por colectivos.

Esta organización trabaja tanto con personas con adicciones a sustancias (alcohol, cocaína, cannabis, hipnosedantes, tabaco, opiáceos y otras sustancias), como con adicciones sin sustancia (juego patológico/problemático, consumo de pornografía/sexo o pantallas). Se centra en la problemática del chemsex, de Patología Dual y de la adicción en adultos (hombres y mujeres), en menores y en jóvenes; es decir, la problemática completa de adicciones. Tratan especialmente de que la persona tenga conciencia de enfermedad y a partir de ahí comienzan a realizar las diferentes actividades que plantean (Proyecto Hombre, 2024):

- Terapia individual: donde psicólogos y psiquiatras abordan la conducta adictiva del paciente de forma personalizada.
- Terapia grupal: a través de los grupos de apoyo y terapias conjuntas se pretende que el grupo colabore, exista una comunicación fluida y se compartan experiencias. Este trabajo es muy útil ya que hace ver a los pacientes que no son las únicas personas con esas circunstancias y se hacen partícipes de la mejora que pueden llegar a tener si continúan con el tratamiento.
- Programas de prevención y sensibilización: se pretende promover prácticas saludables tanto en los pacientes, como en los familiares y en la sociedad en general.
- Talleres ocupaciones y actividades recreativas: el objetivo principal es realizar contención de la persona en cuanto a los consumos y que tenga un espacio para socializar. Esto se lleva a cabo con talleres de cocina, deporte, carpintería, cerámica, talleres de música, cultura o arte.
- Programas de formación y empleo: dirigido a aquellas personas que tienen una evolución positiva respecto al tratamiento y se encuentran en un momento óptimo para introducirse de nuevo en el mercado laboral. Son los profesionales (psicólogo, terapeuta, trabajador social y educador) quienes deciden si la persona está preparada o no. Estos programas realizan un acercamiento a la vida laboral realizando talleres de mejora de la empleabilidad, búsqueda de empleo, desarrollo de habilidades tecnológicas o cursos formativos.

Proyecto Hombre es buen ejemplo de comunidad terapéutica, donde hacen intervenciones de carácter individual y grupal, y realizan labores de sensibilización y prevención. Además, esta organización ha ganado prestigio en España y ha conseguido instalarse en otras Comunidades Autónomas (Sevilla, Valencia o Barcelona).

4.2.2 Asociación Lakoma

Otro recurso que trabaja con adicciones es la Asociación Lakoma. Es una institución que cuenta con recursos convivenciales para personas sin hogar y personas con una vida semiestructurada que precisan de pisos de apoyo al tratamiento. Además, realizan intervención psicosocial en adicciones, ofrecen servicios de formación en carpintería, peluquería, corte y confección e informática básica para la posterior incorporación en un empleo. Incorporan recursos socioeducativos dirigidos a prevención de adicciones con un programa llamado “Des en Red ate” y con otros servicios de alimentación y acompañamiento (Lakoma, s.f).

4.2.3 Hospital Dr. Rodríguez Lafora

Por otro lado, un recurso hospitalario que atiende a esta problemática es el Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Proporciona asistencia a personas con enfermedades mentales y trata usuarios con trastornos adictivos por alcohol u otras sustancias que necesitan ser hospitalizados temporalmente. Los profesionales del centro atienden a las personas con adicciones en las dos unidades especializadas: la Unidad de Alcoholología (UA), donde disponen de 12 plazas y proponen hospitalización de dos semanas y tratamiento de desintoxicación para evitar los efectos de la abstinencia y la Unidad de Desintoxicación de Alcohol (UDA) con un total de 20 camas que actúa igual que la UA pero con una estancia de 4 semanas (Madrid Salud, 2024 -a).

Tal y como menciona Madrid Salud (2024 -b) el Hospital Dr. R. Lafora en los criterios de inclusión de personas a las unidades con enfermedades de salud mental, no atienden a usuarios con patología dual, por lo que no podría formar parte de recursos específicos de la problemática mencionada.

4.3 Recursos públicos especializados en colectivos

4.3.1 Personas con discapacidad o enfermedades de salud mental. Patología Dual.

Como se ha mencionado previamente en el trabajo, las personas que sufren de adicciones y enfermedades de salud mental padecen una doble problemática que es muy necesaria de atajar. Por ello, es importante ampliar este apartado y señalar de manera más extensa algunos recursos de los que dispone la Comunidad de Madrid para este colectivo. En este sentido, existen dos recursos importantes a destacar:

4.3.1.1 Fundación de Patología Dual

Se encuadra dentro de una de las entidades más completas en España, ya que ofrece tanto apoyo al paciente y a la familia, como nuevas líneas de investigación para poder mejorar los conocimientos sobre esta materia y así progresar en lo relacionado a las intervenciones directas. En cuanto a las familias, ofrece campañas informativas para concienciarlas del problema, una red de apoyo y pautas para poder tratar con el paciente y acompañamiento a través de distintos eventos donde familiares y usuarios pueden hacer actividades juntos bajo un entorno controlado (Fundación Patología Dual, 2020).

4.3.1.2 Asociación Dual

Es una entidad sin ánimo de lucro que opera en Madrid y dispone de varios recursos de distintas características. En este sentido, Asociación Dual cuenta con un centro de día llamado Centro de Rehabilitación de Patología Dual (CRPD) que dispone de la participación de un equipo multidisciplinar que cubre las tres áreas básicas. En primer lugar, posee un espacio de consultas externas, donde se realiza la valoración y el seguimiento psiquiátrico y psicológico. En segundo lugar, dispone de un centro de día, donde se proponen actividades destinadas a la rehabilitación del paciente. Y por último ofrecen atención familiar tanto individual como grupal.

Otro de los recursos que ofrece esta asociación y que posee gran importancia es el Piso Supervisado Dual, que mantiene coordinación con el CRPD. En este piso las personas realizan sus actividades básicas de la vida diaria, incluyendo la pernocta, pero son supervisados por profesionales. Es una alternativa a la residencia para los pacientes que se encuentran en una fase avanzada de rehabilitación y fomenta la autonomía en la persona y normalización de su nueva vida. (Asociación Dual, 2024).

4.3.2 Adolescentes y jóvenes

4.3.2.1 Los Mesejo

Para este colectivo un recurso recurrente es “Los Mesejo”. Es un centro de la Comunidad de Madrid que ofrece servicios de prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes. Se dirige especialmente a aquellas personas con edades comprendidas entre 12 y 25 años y a sus progenitores o tutores legales, además de a los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social. Este proyecto pretende informar a este colectivo de lo relacionado a las adicciones, propone estrategias para afrontar

adecuadamente conductas de abuso de sustancias, además de realizar asesoría ambulatoria. También efectúan diagnósticos y evalúan si es necesario comenzar un tratamiento. Este recurso propone atención individualizada con las familias y proporciona herramientas útiles para enfrentar la situación de adicción (Comunidad de Madrid, 2024)

De igual forma, otras instituciones como Cruz Roja, Cáritas, Proyecto Hombre u organismos como la Policía Nacional colaboran con debates educativos dirigidos a la prevención, información y en muchos casos al tratamiento de adicciones en este colectivo.

4.3.3 Mujeres

4.3.3.1 *Fundación Hay Salida*

Para este grupo, participa como entidad “Fundación Hay Salida”, que ofrece al igual que otros centros de tratamiento de adicciones, apoyo ambulatorio y si fuera necesario cuentan con recursos para realizar un ingreso en un centro especializado con una duración de entre uno y tres meses. Esta parte del tratamiento está dirigida a todo tipo de personas adictas a sustancias y atienden también al colectivo de adicciones sin sustancia (juego, sexo, compras, nuevas tecnologías y videojuegos).

Por otro lado, Fundación Hay Salida cuenta con un recurso residencial de inserción social para mujeres. Es ofertado principalmente a aquellas mujeres que no se encuentran en un entorno seguro donde poder recuperarse. Se pretende que las mujeres en situación de exclusión social o vulnerabilidad completen exitosamente su tratamiento de adicciones y puedan tener un apoyo para mejorar aspectos propios de autonomía y desarrollo personal. Además, reciben ayuda en el ámbito sociolaboral y trabajan con el objetivo de que puedan reinsertarse en la sociedad lo antes posible.

Fundación Hay Salida considera muy importante el recurso residencial, sobre todo para aquellas mujeres que acuden a la prostitución para subsistir y que a causa de ello se encuentran envueltas en situaciones de violencia y enfermedades que impiden su recuperación (Fundación Hay Salida, 2024).

4.3.4 Colectivo LGTBIQ+ (*Chemsex*)

Como se ha tratado en el trabajo, el chemsex es un fenómeno relativamente nuevo al que se están adaptando aún los profesionales. No obstante, muchas entidades ya han puesto en marcha grupos de apoyo e intervenciones directas para este colectivo. Entre ellas podemos ver las siguientes.

4.3.4.1 *Apoyo Positivo*

La Asociación Apoyo Positivo contiene tres bloques de servicios principales:

- Bloque 1: orientado a la innovación, promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, conformando un área de carácter activista donde poder representar al colectivo de cara a la sociedad.
- Bloque 2: contiene un espacio para la educación a través de talleres y formaciones donde se explica cómo gestionar la sexualidad.
- Bloque 3: comprende el área de promoción de la salud, donde hacen hincapié sobre la salud sexual física y psicológica y los efectos del chemsex y otras prácticas.

Esta asociación ofrece un programa de prevención y reducción de daños en el uso de drogas y sexo donde se exponen los peligros que puede conllevar la mezcla drogosexual, se atiende a personas con VIH o se realiza asesoramiento sobre el acceso a la toma de la PrEP/PEP. Además, cuentan con un equipo multidisciplinar que aboga por un espacio alejado de discriminación, y luchan por la integración del colectivo LGTBIQ+, además de participar en los programas de prevención e intervenir con los usuarios (Apoyo Positivo, 2024).

4.3.4.2 *Cogam*

Por otro lado, encontramos la ONG “Cogam” que representa al colectivo LGTBIQ+ en Madrid con un recorrido de más de 30 años realizando proyectos para sensibilizar y visibilizar el colectivo. Esta entidad ofrece servicios de asesoría jurídica, médica, psicológica y sexológica, educación a través de talleres de sensibilización y formación a profesionales y usuarios, atención a personas con VIH y hepatitis, y programas de prevención dirigidos específicamente a personas que realizan chemsex. En este contexto realizan grupos de ayuda mutua, grupos de opinión, talleres informativos, y realización de pruebas rápidas para detectar ITS (Cogam, 2023).

4.3.4.3 *Otras entidades*

Imagina Más (2024) o Proyecto Chueco (s.f) también han planteado iniciativas y programas para acoger la problemática con este colectivo. Varias de las propuestas van dirigidas mayormente a la creación de grupos de apoyo y charlas de sensibilización, aunque recientemente apuestan por otros métodos más novedosos de propagación de información a través de la publicación de contenido en redes sociales, conferencias o posts informativos.

4.3.5 *Personas sin hogar*

4.3.5.1 *Centro de atención integral sociosanitario nocturno*

Este centro sociosanitario es un proyecto creado por Madrid Salud (2019) adjudicado actualmente a Proyecto Hombre. Es distinto a los programas habituales, ya que no es un centro de día o un recurso residencial, sino que es un proyecto nocturno donde la gente que se encuentra en situación de calle puede acudir. Este centro se encuentra funcionando en la actualidad los 365 días del año de 21h a 8h. Se ofrece tratamiento al problema de adicción además de prestaciones sociosanitarias básicas que pretenden mejorar las condiciones de vida de la persona. Es decir, asistencia médica, alimentación, vestuario, apoyo en higiene personal y corporal ofreciendo ducha y lavandería. En lo relacionado a desintoxicación, se llevan a cabo estrategias de reducción de riesgo y del consumo, dispensación de metadona, además de hacer contención ya que tienen una sala de descanso e intervenciones grupales donde dan estrategias para la prevención de recaídas.

4.3.5.2 *Casa de Acogida San Agustín y Santa Mónica*

Como recurso colaborador en el ámbito de adicciones está La Casa de Acogida San Agustín y Santa Mónica, una institución de Cáritas Madrid que tiene 19 plazas y 4 de ellas destinadas para los usuarios del Centro de Tratamiento de Adicciones de Santa Hortensia. Permite que los usuarios más vulnerables o en situación de calle tengan durante

una estancia prolongada un lugar donde vivir, además de tener coordinación con su Centro de Tratamiento y poder completar la intervención exitosamente (Cáritas Madrid, 2019).

4.3.6 Inmigración

4.3.6.1 *ISTMO*

Respecto a recursos que abarquen el colectivo de personas inmigrantes, está ISTMO, un programa municipal especializado en este tipo de población que además presenta problemas de abuso de sustancias como alcohol y drogas. Tal y como plantea el Ayuntamiento de Madrid (s.f -b), el programa asegura un seguimiento completo, acompañamiento individualizado y servicios de información. Además, al tratarse de un servicio que atiende a personas que hablan diferentes idiomas, cuenta con traducción oficial y apoyo lingüístico además de la ayuda en la tramitación de los diferentes documentos. Actúa también en la integración e inserción de las personas inmigrantes y coordina los servicios de atención a las drogodependencias y la Red de Atención a Inmigrantes para que la actuación pueda tener éxito.

4.3.6.2 *Asociación Dual*

La Asociación Dual también ofrece servicios para menores migrantes no acompañados. Opera como una residencia de acogida que hospeda a niños de entre 13 y 17 años donde se les ofrece un alojamiento, alimentación, manutención de vestido y calzado, escolarización, cuidados y acompañamiento en caso de necesitar hospitalización y otras prestaciones de índole social (ocio, economía y reinserción social). Este recurso no atiende directamente a adicciones, pero la entidad sí lo hace. Por tanto, en caso de reconocer un menor que tuviera hábitos perjudiciales para su salud, se valoraría la opción de realizar una derivación a otro recurso de su red de tratamiento de adicciones (Asociación Dual, 2024).

4.4 Recursos privados de adicciones

Otro sector que también funciona en España y más concretamente en Madrid, es el de las clínicas y centros privados de rehabilitación. Aunque no es objeto principal de este trabajo hablar sobre los recursos privados, ya que no son accesibles para todo el mundo, mencionarlos es interesante ya que hay personas que sí pueden costearse este tipo de tratamiento.

Los servicios que se ofrecen tanto en recursos privados como públicos son los mismos: diagnóstico inicial, desintoxicación, terapias psicológicas individuales y grupales, seguimiento y apoyo continuo. Las diferencias más notables entre ambos tipos de establecimientos son: los de carácter privado tienen un precio muy elevado, estando entre 2000 y 5000 euros mensuales las clínicas de nivel medio y bajo (Red Adictalia, 2024), llegando algunos a superar esta cifra; el tiempo de espera es muy reducido si se compara con recursos públicos; se emplean recursos e instalaciones más modernas y se realiza un tratamiento aún más especializado e individualizado estudiando las características y necesidades de cada usuario.

Algunos ejemplos de empresas privadas que se dedican al tratamiento de adicciones son: Clínicas CITA, Centro de Salud Mental y Adicciones Amanecer, Centro de desintoxicación Nuevo Camino o Centro de Tratamiento de Adicciones Grupo 4.

Es evidente que los recursos privados que ofrecen tratamientos de estas características son más eficaces sobre la persona y su adicción, pero la realidad es que en España la gran mayoría de personas no pueden costearse sistemáticamente estos servicios, si además tenemos en cuenta la situación de pobreza y exclusión a la que lleva el consumo. Según el INE (2022), el 40% de los asalariados ganó mensualmente entre 1.366,5 y menos de 2.342,2 euros en 2021. Un 30% ganó 2.342,2 euros o más y el 30% restante ganó menos de 1.366,5 euros. Con esto se pretende mostrar que apenas el 30% de las personas que perciben un salario, podrían costearse satisfactoriamente este tipo de tratamiento.

4.5 El trabajador social en ámbito de adicciones

4.5.1 Funciones del trabajador social

En este sentido, el papel del trabajador social en el ámbito de las adicciones supone una gran importancia. Adquiere una nomenclatura específica a partir de 1905 cuando Isabel Pelton comienza a trabajar en esta profesión en un hospital, adoptando el puesto de trabajador social sanitario (Díaz et al., 2017).

Parte de la intervención que se realiza desde el trabajo social, está centrada en el área sanitaria, con funciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Por otro lado, para que se produzca un cambio contundente en los hábitos del paciente, es necesario realizar una intervención de tipo social trabajando las distintas áreas sociales de la persona: familia, grupos sociales, vivienda, educación, economía, empleo y ámbito jurídico (Barreto-Pico, 2017).

Es fundamental entender que la práctica del trabajo social es más eficiente si se trata desde una perspectiva multidisciplinar, en la que colaboran varios profesionales como médicos, psicólogos y educadores. Además, al contar con la colaboración de técnicos de diferentes áreas, se pueden identificar las necesidades de los usuarios de forma más precisa y ofrecerles una intervención adecuada a lo previamente detectado.

El trabajador social es esencial en el proceso puesto que es quien investiga y comprende los factores socioculturales externos que afectan a la persona drogodependiente. A partir de la detección de necesidades y problemas, realiza una función de acompañamiento social donde aborda distintos campos que pueden estar propiciando esas conductas adictivas. También se encarga de llevar a cabo la valoración, el diagnóstico, el plan de intervención y el tratamiento relacionado con lo psicosocial.

Bajo esta mirada, la intervención en trabajo social en materia de drogodependencias se puede distinguir en tres fases principales, (aunque se pueden incluir otras dependiendo del momento de vida en el que se encuentre el paciente):

- Fase de prevención y promoción de la salud: donde el trabajador social se encarga de evaluar los factores de riesgo y los de protección de la persona y su contexto y trabaja en la propia prevención del consumo y de los factores que lleven a la persona a realizarlo. Este proceso ofrece instrumentos que ayudan a la persona tanto cognitiva como emocionalmente a no empezar este hábito perjudicial (Villalba, 2006)
- Fase de intervención/asistencial: esta fase comienza cuando la persona que acude al recurso ya tiene un historial de consumo. Es entonces cuando se evalúan las

necesidades del usuario junto al resto del equipo (realizando una valoración multidisciplinar), donde participan médicos, enfermeros, psicólogos y profesionales del ámbito social. El objetivo generalmente es lograr la abstinencia, excepto en algunos casos, que se busca reducir el daño, trabajando con distintas estrategias con cada paciente. Aquí se lleva a cabo el Plan Personalizado de Intervención, del que se hablará posteriormente.

- Fase de reinserción social: donde el trabajador social tiene la participación más completa. El usuario ha conseguido abstinencia durante un largo período y ya está preparado para volver a introducirse en la vida normalizada, es decir: retomar el contacto familiar, social y de ocio saludable, comenzar un empleo o una formación, o tener la capacidad de gestionar adecuadamente el dinero. En esta etapa, el paciente ha conseguido con su trabajo herramientas cognitivas, emocionales y psicosociales que le van a permitir mantener la abstinencia y lograr los nuevos objetivos que se plantea haciendo una progresiva desvinculación de los profesionales y del centro de tratamiento. El trabajador social tiene la capacidad de trabajar aspectos de marginalidad, exclusión social y pobreza si existieran e ir marcando el ritmo de la intervención, acorde con lo planteado durante el tratamiento (Adictalia, 2024).

4.5.2 Protocolo de intervención desde el trabajo social en los CAD

Mirando el funcionamiento de la profesión del trabajo social desde un prisma más estructurado y formal, se destaca el Protocolo de Intervención para Trabajadores Sociales en el Ámbito de las Drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid.

Este documento establece las pautas y procedimientos que deben seguir los profesionales del trabajo social para realizar intervenciones con usuarios pertenecientes a este colectivo. Incluye, entre otros apartados, cuáles son las funciones que realiza el trabajador social en el proceso de atención al usuario. Estos se describen en cinco grandes bloques (Bermejo et al., 2012):

- Atención a la demanda inicial: se produce cuando el usuario llega al centro por primera vez y se procede a la toma de datos personales y la asignación de citas con el profesional que le realizará la primera acogida. En esta primera cita, que puede ser con el técnico social u otro de diferente área, se confirman los datos solicitados inicialmente y se realiza un primer análisis profesional de carácter interdisciplinar de la demanda del paciente. Aquí se extrae información sobre la sustancia problema, historia e inicio del consumo, las expectativas del tratamiento, la motivación al cambio y forma de acceso al centro (derivación o iniciativa propia/familiar).
- Valoración interdisciplinar: el caso se expone al resto del equipo y lo evalúan desde el área psicológica, sanitaria, social y ocupacional. En esta etapa, el usuario se reunirá en distintas citas con todos los profesionales del centro. El trabajador social recoge información relativa a los ejes de formación/educación, empleo, economía, vivienda, relaciones familiares, hobbies/ocio y situación judicial o administrativa, creando así la “Historia Social”, documento que actualizará dinámicamente. Este diagnóstico se comparte con el equipo de trabajo y se diseña el Programa Personalizado de Intervención (PPI), que se explicará posteriormente.
- Evaluación multidimensional y diseño del (PPI): una vez recogida la información por cada profesional, se concluye lo más relevante de cada área en las reuniones

de equipo y se pasan a establecer los objetivos que pretenden conseguir, las actividades a realizar para lograr los objetivos y qué recursos se van a utilizar. En este caso, el ámbito social interviene mayormente en la creación de objetivos, si la persona cuenta con carencias de tipo social, y en la aportación de los distintos recursos que puedan apoyar el tratamiento. Es muy importante en este bloque, consensuar y firmar los acuerdos con el paciente y su familia si fuera preciso, y hacerle partícipe de su proceso y de la situación actual.

- Desarrollo del PPI: una vez realizados los acuerdos de dicho programa de intervención, se pone en práctica y comienza a acudir a las citas con cada profesional para empezar el tratamiento de cada área. La participación del profesional del trabajo social estará relacionada con la cantidad de factores de riesgo de exclusión social que presente el usuario. En esta etapa es primordial la creación de un vínculo paciente-profesional para asegurar parte del éxito de la intervención, ya que es el usuario quien hace el mayor esfuerzo. En el apartado de “anexos” al final del documento, se encuentran adjuntos algunos ejemplos de lo que incluiría un PPI (objetivos a trabajar, actuaciones e instrumentos empleados) del área social.
- Coordinación: el objetivo de la coordinación es procurar que todos los profesionales que traten con el paciente manejen la información actualizada de todas las áreas, además de la propia. En este sentido, existen dos tipos de coordinación, la interna y la externa. La interna se da entre los profesionales de la misma entidad, la comunicación interdisciplinar es fundamental en este tipo para hacer un correcto seguimiento del usuario. Por otro lado, la externa, es aquella que se da con técnicos de recursos diferentes. En el caso del ámbito social no necesariamente tiene que estar vinculado a las adicciones, ya que dependerá de la problemática del paciente. En estos se puede incluir la coordinación: otro CAD del que venga derivado el usuario, los técnicos de Servicio de Orientación Laboral (SOL), técnicos y educadores expertos en ciertas problemáticas (menores), asesores jurídicos y abogados, hospitales, centros de salud, Servicios Sociales o Asociaciones.

Lo redactado previamente, es el estilo actual de actuación en un CAD. Es muy importante tener claro el funcionamiento ya que cualquier recurso de adicciones del Ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid opera de esta manera. Hay que tener en cuenta que cada entidad utiliza herramientas adecuadas a los técnicos y al perfil de usuario que se atiende en el centro.

La participación del trabajador social en el colectivo de adicciones, en la realización del PPI y en el seguimiento del tratamiento es muy importante. Es el técnico social quien tiene la formación adecuada para determinar aspectos relacionados con la exclusión y vulnerabilidad social, carencia de vínculos sociales y familiares, inestabilidad laboral y residencial y otros ya mencionados, y quien tiene los instrumentos para atajar las problemáticas y ayudar al paciente a reincorporarse de nuevo en la sociedad.

5. CONCLUSIONES

Una vez llevada a cabo la revisión bibliográfica se establecen las siguientes conclusiones:

En todos los colectivos mencionados existen una serie de motivaciones que podrían considerarse comunes que llevan a la persona al consumo. En el caso de los adolescentes, la presión grupal, las ganas de descubrir nuevos ámbitos o experimentar. Las mujeres, envueltas en situaciones marcadas por roles de género, automedicación o abusos. Las personas con enfermedades de salud mental, para paliar los efectos de la enfermedad y de los medicamentos, para abrir sus grupos sociales o por una educación poco enfocada en la prevención del consumo por concebirlo como tabú (González, 2022). Las personas sin hogar, es la propia situación de inestabilidad, dormir en vía pública, las temperaturas que soportan, pobreza o violencia que sufren que los lleva al consumo. Y las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ que encuentran en este hábito una vía de escape, una nueva forma de relacionarse con personas del mismo colectivo o como manera para desinhibirse y escapar de los comentarios agresivos que reciben. Todos esos consumos son fruto de las discriminaciones sufridas y que, en vez de ser mitigadas a través de prevención y una educación saludable, se camuflan bajo las adicciones. Al igual que las causas de inicio, las consecuencias son similares para todos los colectivos, siendo en los casos más leves el distanciamiento de grupos sociales y familiares, complicaciones judiciales o económicas, y en los más graves situación de calle, disfuncionalidad física y psíquica, deterioro cognitivo irreversible, enfermedades crónicas o incluso la muerte.

A su vez, debido a la grave repercusión a nivel sanitario que supone la adicción en el ámbito nacional, internacional y mundial, se han propuesto los planes de acción y estratégicos en el estado español. Estos configuran una guía de actuación y una herramienta para abordar de manera integral este problema de salud pública. En dichos planes se ha puesto en primer lugar la importancia que tienen las instituciones, servicios y profesionales que cuentan con la capacidad de actuar en prevención, promoción de salud, tratamiento de la enfermedad y reducción de daños a causa del consumo. Se ha enfatizado especialmente la relevancia de formar y sensibilizar a través de actividades a profesionales de la salud con el objetivo de que se promuevan hábitos de vida saludables. Además, se examina la complejidad de las redes de narcotráfico y las diferentes propuestas para suprimir estas prácticas que afectan a miles de familias en todo el territorio.

De igual forma, los programas españoles y europeos establecidos para atajar la problemática de adicciones proponen múltiples herramientas y proyectos relacionados con ocio saludable, prevención universal del consumo, abordaje de la violencia de género junto con adicciones y otras dirigidas al aumento de investigaciones sobre esta temática (Ministerio de Sanidad, 2022). Todo ello favorece la evolución positiva del país y de la situación de consumo hasta la fecha. Además, estos planes sitúan al Estado y a la población como colectividad colaboradora y limitadora de estos hábitos perjudiciales y como potenciales participantes en ámbito de adicciones para revertir la situación actual.

El consumo de drogas y las adicciones a sustancias son cada vez más comunes y normalizados. Son profesionales de lo social, de la rama sanitaria, investigadores y los propios afectados, junto con personalidades públicas, los actores sociales que perseveran para reconvertir la situación a través de la creación de nuevas leyes y políticas que

beneficien la regulación de sustancias y la introducción de programas efectivos de desintoxicación. Son los que luchan para ampliar la red de recursos asistenciales y los que trabajan para aumentar el número de profesionales tanto en el ámbito público como en el privado que tan necesarios son para atajar todas las problemáticas que recogen las adicciones.

Con ese mismo objetivo actúan las organizaciones y recursos presentes en la Comunidad de Madrid, que se encargan de asistir a la población adicta como colectivo general y a los familiares y vínculos cercanos que sufren pasivamente esta problemática. Estas entidades cooperadoras como Proyecto Hombre (2024), atienden a la enfermedad de una forma más abierta, mientras otras como Asociación Dual, Los Mesejo o ISTMO, lo hacen a través de tratamientos especializados para grupos específicos como personas inmigrantes o jóvenes. En todo caso, cada recurso se encarga de individualizar los métodos de atención para que resulten más efectivos para las personas con adicciones y que logren salir de la situación de dependencia.

Las entidades participantes en los proyectos de tratamiento, al igual que los planes establecidos por organismos gubernamentales, invierten esfuerzos en averiguar nuevas terapias más eficaces para la recuperación de la persona adicta y se involucran ideando técnicas innovadoras para asistir al entorno del enfermo y abarcar todas las áreas.

Cabe mencionar la importancia del trabajo y la coordinación de los profesionales en los grupos de trabajo. En especial de los equipos de trabajo social, ya que su labor en este campo es muy significativa. Un amplio porcentaje que acude a los centros de tratamiento son personas que presentan situaciones sociales críticas y es el técnico social quién tiene capacidad y formación para enfrentarlas exitosamente. Por ello, la figura del trabajador social es necesaria para complementar las intervenciones con las otras disciplinas y así concluir el tratamiento (Bermejo et al, 2012).

Por consiguiente, a través de la investigación, la acción, la participación de profesionales formados y la población, podemos reconstruir la educación, los valores y los hábitos para crear un mundo más saludable alejado de hábitos de consumo de sustancias.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Proyecto Hombre (23 de abril de 2021). Evolución del consumo. Adicción y drogas en España: 1975-2020. *Revista Proyecto 103: 30 aniversario de Proyecto Hombre* [2020]. <https://proyectohombre.es/articulos/elisardo-becona-evolucion-consumo-drogas-adicciones-espana-1975-2020/>
- Arbex, C. (s.f). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES). <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
- Asociación Proyecto Hombre. (21 de septiembre de 2018). *Género, usos de drogas y prostitución*. http://archivo.proyectohombre.es/revista-proyecto/proyecto_hombre_96_genero_drogas_prostitucion/
- Asociación Progestión. (2022). *Evaluación de la atención residencial a personas con patología dual en recursos especializados*. (p. 45). Asociación Progestión. <https://progestion.org/archivos/2023/11/informepatologiadual.pdf>
- Asociación Proyecto Hombre. (12 de mayo de 2021). *Patología Dual*. <https://proyectohombre.es/articulos/patologia-dual-adiccion-problemas-psiquiaticos/>
- Adictalia. (28 de junio de 2021). *LGTBIQ+ y adicciones: unas asociación de términos peligrosa que crea estigma*. <https://www.adictalia.es/noticias/lgtbi-adicciones-mas-frecuentes/>
- Adictalia. (2024). *La reinserción: 4ª fase del tratamiento de adicciones*. <https://www.adictalia.es/fases-tratamiento/reinsercion/#:~:text=La%20reinserción%20es%20la%20cuarta,las%20etapas%20previas%20del%20proceso.>
- Apoyo Positivo. (26 de enero de 2024). *Programa de intervención psicosocial integral a la diversidad*. <https://apoyopositivo.org/que-hacemos/area-de-promocion-de-la-salud/programa-de-intervencion-psicosocial/>
- Asociación Dual. (29 de junio de 2023). *Asociación Dual*. [Patología dual - asociacion dual - ayuda a personas \(patologiadual.com\)](https://www.patologiadual.com/)
- Ayuntamiento de Madrid. (2023). *Datos de atención a personas sin hogar en 2023*. <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Transparencia-por-sectores/Atencion-social/Datos-de-atencion-a-personas-sin-hogar-en-2023/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=b034a8f578897810VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=57a05436bc330710VgnVCM1000001d4a900aRCRD>
- Ayuntamiento de Madrid (s.f -a). *Los centros de atención a las adicciones*. Servicios sociales y salud. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Direcciones-y-telefonos/Los-Centros-de-Atencion-a-las-Adicciones/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=90226d6e73808110VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=2bc2c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Ayuntamiento de Madrid. (s.f -b). *Servicios y Recursos de apoyo al tratamiento y la reinserción* - ISTMO. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Samur/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la->

[reinsercion/?vgnextfmt=default&vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=84516c77e7d2f010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=5328031](https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Retiro/Direcciones-y-telefonos/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la-reinsercion/?vgnextfmt=default&vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=84516c77e7d2f010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=5328031)

Ayuntamiento de Madrid. (s.f -c). *Servicios y Recursos de apoyo al tratamiento y la reinserción - Unidad de Patología Dual.*

<https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Retiro/Direcciones-y-telefonos/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la-reinsercion/?vgnextfmt=default&vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=8236d47ffec28010VgnVCM1000000dc0ca8c0RCRD&idCapitulo=5327570>

Ayuntamiento de Madrid. (s.f -d). *Recursos sociales y salud. Unidad móvil Madroño.*

<https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Direcciones-y-telefonos/Unidad-movil-Madroño/?vgnextfmt=default&vgnextoid=d360361d139f7110VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=2bc2c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

Balado, L. (10 de noviembre de 2022). Esquizofrenia, un problema de salud mental que no logra enterrar el estigma: “sigue generando miedo e incomprensión”. *La voz de Galicia.*

<https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lavozdelasalud/salud-mental/2022/05/05/esquizofrenia-problema-salud-mental-logra-enterrar-estigmasigue-generando-miedo-incomprension/00031651743937945475868.htm>

Barreto-Pico, M. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las ciencias*, 3 (4), 310-326.

<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/688/764>

Beneit, J.V, García, C., Mayor, L.I., Álvarez, F. J., Beneit, A., Bobes, J., Crespo, J., Crespo, C., del Río, M. C., Fernández, J. J., Galindo, A., Gamella, C., García, S., García, M., García-Rodríguez, J. A., Gavira, C., Geijo, S., González, M. P., Navarro, M... y Villarino, A. (1997). *Intervención en Drogodependencias, un enfoque multidisciplinar.* En Pérez. A (Ed). *Antecedentes históricos (pp 17-216).* Síntesis.

Bermejo, M. V., Pamo, M. L., Sánchez-Laulhe, L., García, A. M., López, A. I., Castillejo, M., Arévalo, M., Tejedor, M., Gil. S. y Herrero, M. N. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones.*

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

Brime, B., León, L., López, L.M., Llorens, N. y Sánchez, E. (2023). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadísticas 2023: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.* Ministerio de Sanidad.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Cardeillac, V. (2016). Cannabis y esquizofrenia. Revisión de la literatura de los últimos quince años. *Psiquiatría Uruguay*, 80 (nº1), 33-44. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/04_REV.pdf

- Cáritas Diocesana de Madrid. (15 de Julio de 2019). *La Casa de Acogida San Agustín y Santa Mónica ya funciona en su nueva ubicación*. <https://www.caritasmadrid.org/actualidad/la-casa-de-acogida-san-agustin-y-santa-monica-ya-funciona-en-su-nueva-ubicacion>
- CEEISCAT. (2017). *Encuesta europea On-line para hombres que tienen sexo con hombres. (EMIS-2017): resultados en España* (pp. 7-20). https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFO_RMES/EMIS_Socidroga2020.pdf
- Chemsex.info. (2024). *¿Quieres cambiar algo en tu consumo?. ¿Y en tu vida sexual?*. <https://chemsex.info/>
- Clínica Doctor León. (2023). *Especialidades médicas*. <https://clinicadrleon.com/>
- Clínica Nuestra Señora de la Paz. (2016). *Qué ofrecemos*. <https://www.xn--nuestraseoradelapaz-33b.es/?q=ofrecemos>
- Concello da Coruña. (s.f). *Factores de riesgo y protección*. <https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/factores-de-riesgo?argIdioma=es>
- Confederación Salud Mental España. (2020). *Apuntes sobre Patología Dual. Propuesta de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA*. (p. 7). <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
- Comunidad de Madrid. (s.f). *Atención en Adicciones*. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-adicciones>
- Comunidad de Madrid. (18 de junio de 2019). *Hospital Dr. Rodríguez Lafora*. <https://www.comunidad.madrid/centros/hospital-dr-rodriguez-lafora>
- Comunidad de Madrid. (9 de abril de 2024). *Los Mesejo: prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes*. [Los Mesejo: Prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes | Comunidad de Madrid](https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/los-mesejo)
- Cuevas, J. (6 de febrero de 2024). *Patología Dual*. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/patologia-dual>
- COGAM. (27 de marzo de 2023). *ConVIHviendo (VIH/SIDA)*. <https://cogam.es/convihviendo-vih-sida/>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2000). *Plan Nacional Sobre Drogas*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pndfolleto2000.pdf>
- Díaz, E., Charis, A., Teloni, D.D., Camús, D., Cortés, J.I., Rodríguez, L.M., Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M.V., Islas, A., Sosa, H., Di Rosa, R., de Jesús-Reyes, D., González, E., Pérez, A., Ibarra, L.G., Ramírez, N.G., Sánchez, F.J., y Moreno, A. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (13), 103-105 http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaComunitania-2017-13-7040/trabajo_social_sanitario.pdf
- Dolengevich, H., Rodríguez, B., Ballesteros, J. y Molina, R. (2017). *Adicciones*, 29 (3), 207-209. <https://fundacionmariestopes.org.mx/plataforma-educativa/wp-content/uploads/2022/01/Chemsex.-Un-fenomeno-emergente.pdf>

- Drug Enforcement Administration. (8 de marzo de 2023). *How drugs alter brain development and affect teens*. <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/consequences/how-drugs-alter-brain-development-and-affect-teens>
- Erdozain, A. Muguruza, C., Meana, J. J. y Callado, L. F. (2009). ¿Es realmente el cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia?. *Norte de Salud Mental*, 8 (nº 34), 23-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830216>
- Fundación Fad Juventud. (25 de octubre de 2022). *Los factores de riesgo asociados al consumo de drogas*. <https://fad.es/siof/siof/pildora>
- Fundación Atenea. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. (p. 62). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Fundación Atenea (Junio 2018). *Drogas y género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/20190508_Consumo_de_hipnosedantes_Analisis_historico_perspectiva_genero.pdf
- Folch, C., Díaz, A., Vázquez, M. C., Meyer, S. y Casabona, J. (2017). *Consumo de drogas recreativas y su uso sexualizado en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. Resultados estudio EMIS-2017*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/EMIS_Socidroga2020.pdf
- Fernández, P., y CEEISCAT (2017). *Consumo de drogas y su relación con el sexo. Escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican Chemsex*. [http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CRJ/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD/LISTADO%20BOLETINES%20CRJ2017/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD%20N%BA%20387/ESTUDIO%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20Y%20SU%20RELACI%20D3N%20CON%20EL%20SEXO%20\(RESUMEN%20EJECUTIVO\).PDF](http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CRJ/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD/LISTADO%20BOLETINES%20CRJ2017/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD%20N%BA%20387/ESTUDIO%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20Y%20SU%20RELACI%20D3N%20CON%20EL%20SEXO%20(RESUMEN%20EJECUTIVO).PDF)
- Fundación Salud y Comunidad. (2024). *Centro de reducción del daño para personas con adicciones en la Cañada Real (Madrid)*. <https://www.fsync.org/proyectos/centro-de-reduccion-del-dano-para-personas-con-adicciones-en-la-canada-real-madrid/>
- Fundación de Patología Dual. (2020). *Trabajamos por la integración*. <https://fundacionpatologiadual.org/>
- Fundación Hay Salida. (2024). *Recurso residencial para mujeres - Vivienda de inserción social para mujeres*. [Recurso residencial para mujeres • Fundación Hay Salida \(fundacionhaysalida.com\)](https://fundacionhaysalida.com)
- Gobierno de las Islas Baleares. (2007). *Guía Mujer y Drogodependencia*. (pp. 5-6). Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Participación. Centro de Coordinador de Drogodependencias. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Mujer_Drogodependencias.pdf

- González, N. (2 de marzo de 2022). *Diversidad funcional y consumo de drogas: un nuevo reto en la atención*. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/diversidad-funcional-y-consumo-de-drogas-un-nuevo-reto-en-la-atencion/>
- Goikolea, J.M y Vieta, E. (2013). *Patología Dual. Protocolos de intervención. Trastorno Bipolar*. Ferrer.
- Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (2020) *Infodrogas-vih. PrEP y Chemsex*. https://www.gtt-vih.org/files/active/1/infodrogas_Prep_baja.pdf
- Gunatilake, R. (2023). *Consumo de sustancias durante el embarazo*. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/medicación-y-consumo-de-sustancias-durante-el-embarazo/consumo-de-sustancias-durante-el-embarazo>
- Herrero, M^o. N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Estudios de Juventud*, (62), 81 - 91. <https://www.injuve.es/sites/default/files/art8.pdf>
- Homeless Entrepreneur. (5 de julio de 2018). *Tipos de sinhogarismo*. <https://www.homelessentrepreneur.org/es/blog/2018/7/5/tipos-de-sinhogarismo>
- Imagina Más. (2024). *Drogas*. <https://imaginamas.org/drogas/>
- Interbenavente. (21 de abril de 2023). Historia del tabaco en España y situación actual. <https://interbenavente.es/art/52436/historia-del-tabaco-en-espana-y-situacion-actual>
- Instituto Nacional de Estadística. (3 de octubre de 2014). *Contabilidad Nacional de España. Nueva base 2010**. <https://www.ine.es/prensa/np862.pdf>
- Íncera, D., Gámez, M., Ibarguchi, L., García, A., Zaro, I. y Alonso, A. (2021). *APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombres GBHSH*. (pp- 2-35). Apoyo Positivo e Imagina Más. <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2022/05/Aproximacion-al-Chemsex-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (29 de noviembre de 2022). *Decil de salarios del empleo principal. Encuesta de Población Activa (EPA). Año 2021*. https://www.ine.es/prensa/epa_2021_d.pdf
- Jordán, F.B., Huete, A. y Verdugo, M. A. (2014). Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad. *Intersticios*, 8 (2), 1-10. <https://intersticios.es/article/view/13005/9061>
- Lakoma. (s.f). *¿Qué hacemos?*. <https://lakoma.es/que-hacemos>
- Lozano, J.A. (2002). Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. *Offarm*, 21 (9), 104-114. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13038007>
- de Lucas, G. (2014). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid*. Universidad. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/34ffa825-636e-4863-abc0-a25736d331e3/content>
- Martínez, E. (1 de julio de 2021). *Período embrionario, crecimiento y desarrollo*. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/crecimiento-y-desarrollo/periodo-embrionario/>

- Madrid Salud. (2018). *La mitad de las personas sin hogar sufre adicción al alcohol u otras drogas*. <https://madridsalud.es/la-mitad-de-las-personas-sin-hogar-sufre-adiccion-al-alcohol-u-otras-drogas/>
- Madrid Salud. (7 de febrero de 2019). *Visita al Centro de Atención Sociosanitaria Integral*. <https://madridsalud.es/visita-al-centro-de-atencion-sociosanitaria-integral/>
- Madrid Salud. (2024 -a). *Oferta asistencial*. <https://www.comunidad.madrid/hospital/rlafora/ciudadanos/oferta-asistencial>
- Madrid Salud. (2024 -b). *Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP)*. <https://www.comunidad.madrid/hospital/rlafora/profesionales/unidad-trastornos-personalidad-utp>
- Madrid Salud. (14 de marzo de 2024 -c). *Centros de Atención a las Adicciones (CAD)*. <https://madridsalud.es/adicciones/centros-de-atencion-a-las-adicciones-cad/>
- Más, M.J. (16 de diciembre de 2015). *Etapas del neurodesarrollo*. <https://neuropediatra.org/2015/12/16/etapas-del-neurodesarrollo/>
- Medina, E., Molina, H y Sánchez, S. (2008). Effect of alcohol consumption in the evolution of bipolar patients. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25 (3), 279-284. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000300004&lng=es&tlng=en.
- MedlinePlus. (17 de marzo de 2024). *Medicinas para el VIH*. <https://medlineplus.gov/spanish/hivmedicines.html#:~:text=El%20tratamiento%20con%20medicamentos%20para,vida%20m%C3%A1s%20larga%20y%20saludable>.
- Ministerio de Hacienda. (15 de marzo de 2023). *Puntos de venta con recargo*. Hacienda.gob.es. <https://www.hacienda.gob.es/ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/Paginas/Ventaconrecargo.aspx>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción Sobre Adicciones (2021-2024)*. (pp. 6-31). Ministerio de Sanidad. Secretaría de Estado de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_ aprobado.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2023 -a). *ESTADÍSTICAS 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. (pp. 30-255). Ministerio de Sanidad. Secretaría de Estado de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informes/Estadisticas/pdf/2023OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (4 de enero de 2023 -b). *Resumen Ejecutivo EDADES 2022 español*. (p. 5).. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Ejecutivo_EDADES_es.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2023 -c). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. (pp. 14-15). https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad. (s.f -a). *Preguntas y respuestas sobre Chemsex*. (pp. 1-7). https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Documento_preguntas_chemsex.pdf

- Ministerio de Sanidad. (s.f -b). *Misión, Visión y valores*. Plan Nacional Sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/misionVisionValores/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (s.f -c). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Plan Nacional Sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm#:~:text=El%20Plan%20Nacional%20sobre%20Drogas%20\(PNSD\)%20es%20una%20iniciativa%20gubernamental,y%20entidades%20sociales%20en%20Espa%C3%B1a.](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm#:~:text=El%20Plan%20Nacional%20sobre%20Drogas%20(PNSD)%20es%20una%20iniciativa%20gubernamental,y%20entidades%20sociales%20en%20Espa%C3%B1a.)
- Ministerio de Sanidad. (s.f -d). *Red de atención pública a las drogodependencias en España*. Plan Nacional Sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm>
- Ministerio de sanidad. (s.f -e). *Recursos de Tercer Nivel*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_tercer_nivel/home.htm
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Hábitos de vida. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Estrategia Nacional Sobre Adicciones (2017-2024)*. (pp. 24-50). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (Marzo, 2022). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
- Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (2022). *El consumo de sustancias en la comunidad LGBTQ+*. (pp. 4-5). <https://attcnetwork.org/wp-content/uploads/2022/06/El-consumo-de-sustancias-en-la-comunidad-LGBTQ.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (26 de junio de 2023). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose*. <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024*. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050836.pdf>
- Pascale, A. (2015). *Consumo de drogas durante el embarazo*. (pp. 38-40). <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
- Pascual, C., Cavestany, M., Moncada, S., Salvador., Melero, J.C., y Pérez de Arrospeide, J.A. (2003). *Plandrogas_2003*. (pp 9-12) Ministerio del Interior. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/dir.pdf>

- Pasquali, M. (22 de marzo de 2023). *Colombia, Perú y Bolivia produjeron más de 2.000 toneladas de cocaína en 2021*. <https://es.statista.com/grafico/20081/los-paises-que-producen-la-mayor-cantidad-de-cocaína/#:~:text=Gr%C3%A1fico%3A%20Colombia%2C%20Per%C3%BA%20y%20Bolivia,de%20coca%C3%ADna%20en%202021%20%7C%20Statista>
- Pérez de Heredia, J.L., González, A., Ramírez, M., Imaz, A. y Ruiz, J. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3 (2), 19-24. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13013506>
- Pérez-Lozao, M. (2011). *Las personas sin hogar y las adicciones*. (pp- 6-12). http://archivo.proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/P%C3%A1ginas-desdePH_83_2.pdf
- Pereiro, M. (2024). *La adicción en las personas sin hogar*. <https://www.institutocastelao.com/la-adiccion-en-las-personas-sin-hogar/>
- Proyecto Hombre. (s.f.) *Patología Dual*. Proyecto Hombre. <https://www.proyctohombremadrid.org/servicios/adultos/patologia-dual-adultos/>
- Proyecto Chueco. [@proyctochueco]. (s.f.) *Publicaciones*. [Perfil de Instagram]. Instagram. Recuperado el 20 de mayo de 2024, de <https://www.instagram.com/proyctochueco/>
- Villalba, C. (2006). El enfoque de resiliencia en trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, (1), 1-30. Dialnet-ElEnfoqueDeResilienciaEnTrabajoSocial-2002483.pdf
- Red Adictalia. (2024). *Centros de desintoxicación en Madrid*. Adictalia.es. <https://www.adictalia.es/red-adictalia/centros-de-desintoxicacion-en-madrid/>
- Rojas-Jara, C. (2018). Los escritos de Freud sobre la cocaína (1884-1887): sujeto, objeto y contexto. *Revista de psicología (Santiago)*, 27(2), 145-161. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812018000200145#B6
- Roncero, C., Szreman, N. y Casas, M. (2016). *Protocolos de intervención*. *Patología Dual*. (pp. 3-6). <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/prologos.pdf>
- Salvador, T. (2004). Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16, (2) 25-58. <https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/Condicionantes-consumo-Adicciones-2004.pdf>
- Salud Libertad S.A.C. (2 de abril de 2024). *Factores de protección para el consumo de drogas*. <https://www.saludlibertad.com/tratamiento-para-la-adiccion/adicciones/factores-de-proteccion-para-el-consumo-de-drogas/>
- de la Sierra, M. (2021). *Período fetal y sus fases*. <https://www.salud.mapfre.es/videos/bebe-y-embarazo/fases-periodo-fetal/#:~:text=El%20periodo%20fetal%20se%20inicia,o%C3%ADr%20y%20responder%20a%20est%C3%ADmulos>
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (24 de marzo de 2023). *España es uno de los países con mayor porcentaje de usuarios diarios de cannabis, el patrón de consumo de mayor riesgo*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/espana-es-uno-de-los-paises-con-mayor-porcentaje-de-usuarios-diarios-de-cannabis-el-patron-de-consumo-de-mayor-riesgo/>

- Soriano, R., Belza, M.J., Curto, R., y Dolengevich, H. (2020). *Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf
- Suárez-Relinque, C., Del Moral, G., Martínez, B. y Musitu, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Saude Pública*, 33 (7) 1-14. <https://www.scielo.br/j/csp/a/DTKDGFRYy7sfjc6STq3SxwD/?lang=es#> <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129716>
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., Basurte, I., Grau-López, L., Torrens, M., Casas, M., Franco, C., Spinnato, G., Maremmani, A.G.I., Maremmani, I., Daulouede, J.P., Aguerretxe-Colina, A. y Ruiz, P. (2017). Declaración conjunta sobre patología dual. *Salud Mental*, 40 (6), 1-5. https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf
- Szerman, N. (10 de noviembre de 2022). *Nestor Szerman, psiquiatra “más del 75% de las personas que sufren un trastorno mental grave van a tener una adicción”*. Fundaciónpatologiadual.org. <https://fundacionpatologiadual.org/nestor-szerman-psiquiatra-mas-del-75-de-las-personas-que-sufren-un-trastorno-mental-grave-van-a-tener-una-adiccion/#:~:text=tener%20una%20adicci%C3%B3n%C2%BB-.N%C3%A9stor%20Szerman%2C%20psiquiatra%3A%20%C2%ABM%C3%A1s%20del%2075%20%25%20de%20las,van%20a%20tener%20una%20adicci%C3%B3n%C2%BB&text=Que%20las%20adicciones%20suelen%20ir,la%20prioridad%20que%20deber%C3%ADa%20tener.>
- Terán, A. (2022). Adolescentes y consumo de drogas. *Congreso de Actualización en Pediatría 2022*, 3.0, 167-175. https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176_adolescentes_y_drogas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf
- Urigüen, L y Callado, L.F. (2010). Cocaína y cerebro. *Trastornos Adictivos*, 12 (4), 129-134. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-cocaina-cerebro-S1575097310700258>

ANEXOS

ANEXO A. ESCALA DEL BEBEDOR

Beneit et al. (1997), distinguen varios tipos de bebedor según la frecuencia del consumo:

A	Abstemio	No bebe nunca
B	Bebedor infrecuente	Bebe menos de 1 vez al mes y nunca más de 3 bebidas (aquellas que contienen 12 gr de alcohol absoluto) en la misma ocasión.
C	Bebedor intermedio	Bebe al menor 1 vez al mes, pero menos de 1 vez por semana, nunca más de 5 bebidas en la misma ocasión.
D	Bebedor moderado	Bebe un promedio de 3 bebidas por semana o 1 al día y raramente más de 3-4 bebidas de una vez. También aquello que beben 1 o 2 veces al mes, pero lo hacen con 5-6 bebidas a la vez.
E	Bebedor duro	Toma 2-3 bebidas al día o 1 al día, pero en ocasiones toman 5-6 en la misma ocasión. Los que toman 45 o más bebidas al mes.
F	Alcohólico	Bebe grandes cantidades de alcohol sufriendo además su dependencia.

ANEXO B. EJEMPLO DE PROGRAMA PERSONAL DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL EJE FAMILIAR (Bermejo et al., 2012):

EJE FAMILIAR			
Objetivo general: conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el usuario.			
Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del trabajador social	Instrumentos de apoyo (técnicas, recursos, prestaciones)
Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> Tipo y desempeño de roles. Gestión de normas, límites y responsabilidades familiares. Tipo de comunicación y relaciones familiares y grado de adecuación a la situación y edad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Clarificación y redefinición de sistemas de comunicación, roles y responsabilidades familiares Apoyo para la utilización de alternativas conductuales familiares de respuesta más saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma Entrevistas orientativas y motivacionales individuales, familiares y/o por subsistemas Empleo de técnicas activas: role-playing, juegos representativos Visitas a domicilio para comprender el entorno de la familia.
Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Participación e implicación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Generación de alianzas con los miembros de la familia, ofreciéndoles un lugar en el proceso de tratamiento, su participación en el mismo. Apoyo a las familias para incrementar su motivación a la hora de participar en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas orientativas y motivacionales individuales/familiares. Trabajo en Grupos de familiares.

ANEXO C. EJEMPLO DE PROGRAMA PERSONAL DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL EJE LABORAL (Bermejo et al., 2012):

EJE LABORAL			
Objetivo general: conseguir y mantener formación y/o trabajo adecuado, satisfactorio y estable.			
Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del trabajador social	Instrumentos de apoyo (técnicas, recursos, prestaciones)
Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo.	<ul style="list-style-type: none"> Disposición y motivación para el empleo. Inquietudes e intereses formativo-laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis, valoración y asesoramiento de intereses e inquietudes formativo-laborales. Orientación y motivación del paciente para contactar con el Servicio de Orientación de Empleo (SOL) y la consiguiente coordinación con el recurso. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas individuales. Intervención grupal con el técnico de empleo y el trabajador social. Creación de un itinerario personalizado formativo-laboral. Búsqueda de otros recursos del sector: Agencia para el empleo, Servicio Público de Empleo, Asociaciones y ONG orientadas a búsqueda de empleo.
Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.	<ul style="list-style-type: none"> Situación vital y situación laboral y adecuación entre ambas. Satisfacción laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> Valoración junto con el usuario de su situación, grado de satisfacción con su empleo. Orientación y asesoramiento del paciente respecto a su situación de empleo y/o hacia la mejora o cambio de trabajo si fuera necesario. 	