



Financiado por
la Comisión Europea

SEARCH
Suchtprävention
für Flüchtlinge und Asylbewerber



MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS ENTRE JÓVENES Y MENORES INMIGRANTES

*Realizado por FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD
en el marco del Proyecto Europeo Search
“Prevención de drogas entre refugiados,
asilados políticos e inmigrantes
en situación de riesgo 2002-2004”*

ÍNDICE

PARTE I - JÓVENES Y MENORES MARROQUÍES SIN ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN BARCELONA... Pág. 1

- 1.1 El fenómeno de los jóvenes y menores
de origen marroquí sin acompañamiento familiar
en Cataluña Pág. 2
- 1.2. Explorando el consumo de drogas entre jóvenes
y menores de origen marroquí sin acompañamiento
familiar en Barcelona..... Pág. 5
- 1.3. Sobre el manual para profesionales para la
prevención de drogas entre jóvenes inmigrantes
marroquíes sin acompañamiento familiar Pág. 7
- 1.4. Principales consideraciones sobre el consumo de
drogas de menores y jóvenes marroquíes
indocumentados no acompañados Pág. 8
 - 1.4.1. *El grupo diana* Pág. 8
 - 1.4.2. *Sustancias de consumo identificadas* Pág. 9
 - 1.4.3. *Principales consecuencias identificadas
derivadas del consumo problemático
de drogas* Pág. 12
 - 1.4.4. *Factores intervinientes en el consumo
problemático de drogas por parte del
grupo diana* Pág. 13

PARTE II - CONSIDERACIONES PREVIAS A LA PREVENCIÓN DE DROGAS.....Pág. 15

- 2.1. Medidas prioritarias a nivel preventivo y de
reducción de daños Pág. 16
 - 2.1.1. *Pautas para la prevención del abuso de droga* Pág. 17
 - 2.1.2. *Pautas para la reducción de daños* Pág. 21

PARTE III: EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA CADA SUSTANCIA IDENTIFICADA.....	Pág. 22
3.0. Introducción.....	Pág.23
3.1. El Cannabis	Pág. 26
3.1.1. Información básica que el educador/la educadora debe conocer sobre el cannabis.....	Pág. 27
3.1.2. Efectos que produce	Pág. 29
3.1.3. ¿Cómo se puede tratar el consumo de cannabis con los jóvenes?.....	Pág. 29
3.1.4. Argumentos a utilizar para poder decir NO cuando están con los amigos.....	Pág. 31
3.2. El tabaco	Pág. 32
3.2.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre el tabaco	Pág. 33
3.2.2. Actividades preventivas del tabaco	Pág. 34
3.2.3. Diálogos preventivos.....	Pág. 35
3.3. El alcohol.....	Pág. 36
3.3.1. Consejos que puede ofrecer el educador / la educadora sobre el abuso de alcohol .	Pág. 36
3.4. Las drogas de síntesis	Pág. 37
3.4.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre las drogas de síntesis	Pág. 38
3.4.2. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre las drogas de síntesis	Pág. 39
3.4.3. Consejos que puede ofrecer el educador / la educadora	Pág. 40
3.5. Los inhalables	Pág. 41
3.5.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre los inhalables.....	Pág. 42
3.5.2. Sobre los efectos de los inhalables.....	Pág. 44
3.5.3. Aspectos a tener en cuenta ante situaciones de crisis	Pág. 45
3.5.4. ¿Reducción de daños con los inhalantes?.....	Pág. 47
3.5.5. La reducción de los riesgos en el día a día.....	Pág. 48
3.6. Los Fármacos.....	Pág. 51

PARTE IV - ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS	Pág. 52
4.1. Aspectos a tener en cuenta en la realización y planificación de las actividades	Pág. 54
4.2. Sobre las actividades preventivas	Pág. 56
4.2.1. <i>Espacio de relación - consulta sobre drogas</i>	<i>Pág. 56</i>
4.2.2. <i>El deporte como diversión y establecimiento de nuevos contactos</i>	<i>Pág. 58</i>
4.3. Recomendaciones finales.....	Pág. 60
Bibliografía consultada.....	Pág. 6

PARTE I:
JÓVENES Y MENORES MARROQUÍES
SIN ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN
BARCELONA

1.1 El fenómeno de los jóvenes y menores de origen marroquí sin acompañamiento familiar en Cataluña

El fenómeno de los menores extranjeros indocumentados no acompañados también llamados *MEINA*, que se identifica por primera vez entre 1997 y 1998, es un fenómeno relativamente nuevo en Cataluña, España e incluso en otras ciudades europeas como por ejemplo Marsella y Ámsterdam y que se empezó a considerar por parte de la administración catalana en el 98. Desde aquel momento, han sido muchos los recursos que se han creado para poder dar respuesta a la situación precaria en la que viven numerosos jóvenes que emprendieron un proceso migratorio solos, muchos de los cuales son menores de edad. Se trata de un fenómeno social reciente (97-98) y de difícil precisión a nivel cuantitativo, ya que diversos factores dificultan este control. Según la investigación *“Los menores extranjeros indocumentados no acompañados (1998-2002)”* en Cataluña realizado por el *“Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada”* de la Generalitat de Catalunya, desde primeros del 98 hasta finales de mayo del 2002 se identificaron por parte de la *Direcció General d’Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA)* a 1.659 MEINA diferentes, 262 de los cuales aún continuaban estando en Barcelona en mayo del 2002.

Para poder contextualizar este manual nos hemos ayudado también del manual que describe este fenómeno *“L’atenció als menors immigrants no acompanyats a Catalunya. Anàlisi de la realitat i*

*propostes d'actuació"*¹ publicado en enero del 2001 por la Fundación Jaume Bofill, así como de documentos y manifiestos de otros profesionales que lideran la *Plataforma de defensa de los menores inmigrantes indocumentados en la ciudad de Barcelona*.

El objetivo del presente manual es el de **considerar el consumo de drogas entre estos jóvenes**, aspecto directamente relacionado con el fracaso en su proyecto migratorio y con las circunstancias precarias de su situación vital. Consideramos que para poder entender el consumo de drogas por parte de los menores y los jóvenes extranjeros indocumentados es necesario conocer cómo es y ha sido su proyecto migratorio y su situación actual. Por ello, a pesar de que a continuación describimos brevemente el perfil del joven al que nos hemos aproximado, será necesario que recurran a las citadas referencias bibliográficas si desean conocer el fenómeno con más detalle. A continuación citamos literalmente algunos de los datos más significativos descriptivos de la situación de los menores extranjeros indocumentados no acompañados que se incluyen en el informe presentado por el *"Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada"* de la Generalitat de Catalunya en el núm. 35 - Abril del 2003 de la revista JUSTIDIATA:

- *Se trata de un fenómeno que se da fundamentalmente en el ámbito urbano. Concretamente la "Direcció General d'Atenció a*

¹ *L'atenció als menors immigrants no acompanyats a Catalunya. Anàlisi de la realitat i propostes d'actuació*; Marta Comas, 2001; Fundació Jaume Bofill.

la Infancia i Adolescència" (DGAIA), del total de expedientes abiertos en Cataluña, el 88'7% se refieren a Barcelona.

- *El perfil de los MEINA es el de un varón (97%) que viene de Marruecos (92%), que tiene su familia en el país de origen (99%) que era con la que vivía en el momento de marcharse (80'2%). No habían vivido en la calle en su país (73'3%). En el domicilio convivían entre 6 y 10 personas (57%) y el menor ocupa uno de los tres primeros lugares en el orden de nacimiento de los hermanos (62'6%). Ha abandonado los estudios entre los 14 y los 17 años (53'3%), que corresponde también a la franja de edad en la que ha comenzado a trabajar (23'7%)² y también en la que se ha marchado del país (90'3%). El estudio identifica también a algunos jóvenes (8'7%)³ que emigraron en edades de 10 hasta los 13 años.*
- *Por lo que respecta al viaje migratorio, los MEINA se han ido solos (72'3%), con el consentimiento de la familia (77'2%) y sin tener ningún tipo de pariente en España (66'2%). El medio de salida más habitual del país es en los bajos de un camión o de un autobús (81'1%). No han pagado para hacerlo (92'2%). El objetivo de la emigración es trabajar (84'5%) y el destino principal es Barcelona (48'5%). Han pasado por diferentes ciudades de España y antes de llegar a Cataluña ya han estado institucionalizados en*

² Observar que un 23'7% de los jóvenes empezó un trabajo entre los 14 y los 17 y el 76,3% restante no.

³ Observar que ya un 8,7% de los jóvenes que emigraron tienen edades muy jóvenes, entre los 10 y los 13 años.

otros centros de protección (60'2%) de los que se han marchado por diferentes motivos. Un 78'4% no ha vivido repatriaciones.

- *Respecto a su paso por Cataluña, el 47'1% reconoce haber vivido en algún momento en la calle. El 77'7% dice querer quedarse en Cataluña, pero la realidad que se observa es que hay una gran movilidad en la población MEINA: los que llevan más tiempo en Cataluña llegaron en el año 2000 y el 74'6% no ha pasado más de un año en Cataluña, al menos con conocimiento de la Administración.*
- *Respecto a los MEINA infractores, suponen el 27% del total de la población y el 39'3% de los MEINA que continúan aún en la misma situación a Mayo del 2002.*

1.2. Explorando el consumo de drogas entre jóvenes y menores de origen marroquí sin acompañamiento familiar en Barcelona:

En el 2001, la Fundación Salud y Comunidad llevó a cabo un análisis centrado en el consumo de drogas por parte de los jóvenes y menores marroquíes sin acompañamiento familiar en la ciudad de Barcelona. Este primer análisis se realizó en el marco del proyecto europeo *“Search: Consumo problemático de drogas entre refugiados, asilados políticos e inmigrantes en situación de riesgo”* con el objetivo de poner a prueba la metodología RAR *“Rapid*

*Assessment and Response*⁴” consistente en recoger información válida mediante una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas consultando y triangulando información procedente de diversas fuentes sobre el objeto de estudio. Durante el último semestre del 2002 repetimos el estudio con el objetivo de verificar de nuevo y conocer en qué grado había cambiado la situación respecto al consumo de drogas anteriormente identificado.

De los análisis realizados llegamos a la conclusión de que determinados jóvenes marroquíes presentan consumos abusivos de sustancias que se generan y se mantienen debido a las condiciones de la situación vital en la que se encuentran y como una de las consecuencias del fracaso en su proyecto migratorio. De entre las drogas identificadas destacan los inhalantes, el tabaco, el hachís, el alcohol y en algunos casos las drogas de síntesis y los fármacos tranquilizantes.

⁴ La metodología de análisis RAR está pensada para obtener de forma rápida información válida sobre un fenómeno social localizado para poder planificar e intervenir de forma inmediata y ajustada a las necesidades. Es un método idóneo para poder conocer el estado de un fenómeno social rápidamente cambiante que requiere también de una intervención rápida pero orientada y basada en un análisis válido de la situación, como sucede en el ámbito de las drogas.

1.3. Sobre el manual para profesionales para la prevención de drogas entre jóvenes inmigrantes marroquíes sin acompañamiento familiar:

El presente manual surge como respuesta a diversas situaciones:

- En respuesta a la carencia de planes específicos para prevenir o reducir el consumo de drogas entre estos jóvenes
- En respuesta a la demanda de los profesionales que trabajan con y por los menores inmigrantes sin acompañamiento familiar respecto a como abordar el consumo de drogas y en especial sobre el consumo de inhalantes por parte de los jóvenes.

En definitiva, a la falta de conocimiento sobre el porqué de determinadas pautas de consumo y de cómo abordarlas desde los diversos espacios educativos en el ámbito comunitario.

El manual pretende ser una herramienta de apoyo a aquellos profesionales que interaccionan y trabajan con los menores extranjeros con el objetivo de que conozcan los mecanismos que promueven y mantienen el consumo de drogas por parte de estos jóvenes y para que puedan intervenir de forma efectiva ya sea para la prevención o bien para la reducción del daño derivado del consumo de drogas. Aunque el manual esté específicamente planteado para profesionales que trabajen con el colectivo de menores y jóvenes marroquíes, las recomendaciones pueden

ofrecer ideas también útiles para otros profesionales en contacto con jóvenes en situación de vulnerabilidad a los que el riesgo de esta problemática puede hacerse extensible.

Para la realización de este manual se ha contado con la colaboración de profesionales expertos en prevención del consumo de drogas y en temas de inmigración de origen español y marroquí.

1.4. Principales consideraciones sobre el consumo de drogas de menores y jóvenes marroquíes indocumentados no acompañados

El primer análisis RAR consistió en analizar por primera vez el fenómeno del consumo de drogas por parte de los jóvenes marroquíes sin acompañamiento familiar en el barrio del Raval de Barcelona. Un año después procedimos a verificar cómo había cambiado el consumo de drogas por parte del grupo diana. A partir de la información obtenida y actualizada presentamos las principales consideraciones sobre el consumo de drogas por parte de los menores y jóvenes del grupo diana.

1.4.1. El grupo diana

Centramos el análisis en los jóvenes y menores de género masculino principalmente procedentes de Marruecos, en Barcelona, indocumentados y sin acompañamiento familiar, en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Las siguientes valoraciones

hacen referencia básicamente a los jóvenes que interaccionan con los educadores / las educadoras, es decir que están o deberían estar en el circuito de protección de menores de la administración catalana. Los casos con un consumo más marcado y más abusivo generalmente se asocian a los chicos que no están en el circuito de atención a menores, ya sea porque entraron pero no continuaron o bien porque nunca quisieron o pudieron acceder a éste.

1.4.2. Sustancias de consumo identificadas

Las drogas de consumo más habitual, tanto para los chicos mayores como los más jóvenes son el **tabaco y el hachís**; son sustancias que la gran mayoría de los chicos ya habían consumido en origen y están más familiarizados con ellas. La información obtenida indica que el **consumo de alcohol** es más marcado que en el primer análisis. Actualmente parece ser una sustancia bastante habitual a pesar de que en origen la mayoría de jóvenes no eran consumidores de alcohol. Se apuntan varias razones de este aumento, entre ellas la asimilación de los patrones de consumo en España, como forma de mostrar su grado de integración en la sociedad de acogida, como elemento socializador y en algunos casos incluso como elemento que los desvincula de la religión musulmana. De todas formas, los jóvenes del grupo diana, a pesar de su consumo, perciben el alcohol como una sustancia peligrosa, por encima del hachís y el tabaco, siendo el tabaco la sustancia percibida como menos peligrosa.

El consumo de disolventes, que en el primer análisis habíamos identificado tanto entre jóvenes menores como en mayores de edad, parece haberse desplazado a los jóvenes de menor edad y con un objetivo inicialmente lúdico y socializador al poco de haber llegado a Barcelona. Con el paso del tiempo y a medida que van entrando en contacto con otros jóvenes como ellos pero de mayor edad, van cambiando sus hábitos y abandonan el consumo de inhalantes por las connotaciones marginales que de éste perciben. Las informaciones obtenidas nos indican que el consumo de inhalantes probablemente haya disminuido entre los jóvenes de mayor edad y sea básicamente consumido por jóvenes de menor edad y recién llegados. Estos cambios radican en el hecho que su consumo es muy evidente y visible (tanto para los educadores / las educadoras como para la policía) de manera que su consumo no pasa desapercibido. Los jóvenes empiezan a atribuir connotaciones negativas a la sustancia ya que bajo los efectos de su consumo se encuentran en el punto de mira de policía y la administración: si son adultos se encuentran en situación de ilegalidad y si son menores sin acompañamiento familiar deberían estar bajo la protección del Dirección General de Atención de Menores de la Generalitat de Catalunya. Tanto en una u otra situación, un consumo de inhalantes fácilmente detectable puede perjudicarles. Además, los disolventes, de muy bajo coste, adquieren connotaciones bastante marginales por estar asociados al fenómeno de "los chicos de la calle" y por ello son sustituidos por sustancias que para ellos tienen menores connotaciones negativas. De todas formas, los inhalantes son percibidos por los jóvenes como

sustancias claramente dañinas y peligrosas. Durante el reciente análisis RAR observamos el consumo de inhalantes básicamente entre jóvenes de 13-14 hasta 16-17 años y durante sus primeros meses en España. Aunque de forma puntual, también lo consumen los chicos más adultos, dado su bajo coste económico. Las diversas informaciones que se obtienen corroboran que los chicos del grupo diana no eran consumidores de inhalantes en origen ya que la mayoría de ellos no eran chicos de la calle en origen. De hecho, las connotaciones negativas asociadas al disolvente se deben también al hecho de estar asociados a los chicos de la calle de las grandes ciudades de Marruecos en situación de pobreza y marginalidad extrema, situación con la que no quieren verse comparados.

Se identifica también un consumo puntual de drogas de síntesis por parte de los jóvenes más veteranos y lo vinculan al consumo de alcohol asimilándose a los patrones de consumo de determinados jóvenes autóctonos en espacios de ocio. Queda poco claro si el consumo de fármacos tranquilizantes persiste, ya que en el primer análisis se identificaba por parte de jóvenes que consumían inhalantes de forma más o menos habitual y en el segundo análisis la información obtenida es un poco confusa y no podemos extraer conclusiones. En relación a las drogas de síntesis, al recibir también el nombre de “pastillas” se confunde con los fármacos tranquilizantes (trankimazin, benzodiacepinas, etc.) también llamados “pastillas”. Éste es un aspecto que será necesario abordar más adelante y que no ha quedado clarificado durante el último análisis.

Se identifica algún consumo puntual de cocaína, pero sólo por parte de los jóvenes más adultos y con un nivel adquisitivo más elevado que los menores, ya sea debido a su vinculación con el tráfico de drogas o con las mafias de robo de carteras.

1.4.3. Principales consecuencias identificadas derivadas del consumo problemático de drogas

Problemas fisiológicos: entre los más destacados y asociados básicamente a los disolventes, se citan los problemas respiratorios, catarros frecuentes, mareos, vómitos, llagas en la boca e infecciones respiratorias varias.

Problemas psicológicos: los jóvenes responden a la ansiedad de su situación vital con el consumo de drogas para reducirla; Presentan estados de ansiedad, de nerviosismo, de depresión tras el consumo de disolventes; También presentan ciertas alucinaciones con fuertes connotaciones emocionales y evocando a referentes adultos familiares o amigos; Utilizan la euforia inicial del consumo de inhalantes y del alcohol para adquirir coraje para robar o realizar determinadas acciones ilegales. También describen el consumo de drogas como forma para romper con el aburrimiento;

Problemas económicos y legales: En algunos casos el consumo de drogas les pone en contacto con redes de tráfico de drogas y de

robos, pero en muchos casos tienen problemas económicos y legales sin tener que ver con el tema drogas. A pesar de que su objetivo inicial, dentro de su proyecto migratorio, era el de conseguir trabajo y poder enviar parte del salario a sus familias, su edad y su estatus legal no les permite trabajar ni conseguir dinero de forma legal, de forma que frecuentemente recurren a vías ilegales. El nivel adquisitivo de los jóvenes determina el tipo de sustancias que consumen. Por ejemplo los inhalantes tienen un coste muy bajo y la cocaína en cambio tiene un coste muy elevado.

Problemas sociales: El uso y abuso de drogas los aleja de su comunidad de origen y genera problemas con los vecinos en general, con la policía, con los educadores / las educadoras de los centros y dificulta la dinámica educativa en los centros.

1.4.4. Factores intervinientes en el consumo problemático de drogas por parte del grupo diana

Tras haber observado y valorado las pautas de consumo de los jóvenes, hemos considerado con los propios jóvenes así como con una serie de profesionales expertos en drogas e inmigración, cuales son los factores que se relacionan y/o que influyen en cierto modo el consumo de drogas identificado. De los mencionados por los jóvenes y profesionales entrevistados destacamos los siguientes:

- Fácil acceso a las drogas en Barcelona.
- Consumo que se promueve y mantiene debido a las condiciones de vida precarias que han experimentado y que aún viven algunos chicos del grupo diana (necesidades básicas no cubiertas).
- Consumo con objetivo ansiolítico asociado a la incertidumbre acerca de su futuro inmediato.
- Consumo de alcohol influenciado por un uso normalizado y socialmente aceptado del alcohol en España.
- Consumo de drogas influenciado por las duras experiencias vividas durante su proceso migratorio
- Consumo de drogas influenciado por haber perdido totalmente el contacto con sus familias y personas clave en origen así como por la falta de referentes afectivos positivos adultos.
- Consumo de drogas influenciado por el consumo de drogas de sus iguales también en situación de calle y que llevan más tiempo en Barcelona
- Consumo relacionado con la frustración respecto a las diferencias entre su proyecto migratorio inicial y la realidad.
- Consumo en parte influenciado por las pautas de consumo de sustancias (legales e ilegales) de los jóvenes y adultos autóctonos.

PARTE II: CONSIDERACIONES PREVIAS A LA PREVENCIÓN DE DROGAS

2.1. Medidas prioritarias a nivel preventivo y de reducción de daños:

Hemos desarrollado una serie de primeras recomendaciones base para los profesionales que trabajen con y por los chicos del grupo diana para que puedan trabajar la prevención de drogas y cuando sea necesaria la reducción de los daños derivados de un consumo problemático. El manual ofrece posteriormente herramientas para poder trabajar la prevención y la reducción de daños de forma exclusiva para cada una de las sustancias identificadas.

Las recomendaciones de carácter preventivo tienen un carácter más educativo y son mucho más aplicables a los jóvenes que ya están en el circuito de atención a menores o jóvenes con los que se tiene establecida una relación más o menos estable. En cambio las intervenciones para la reducción de daños irán dirigidas a los jóvenes que aún están en situación de calle, con un contacto menos estable con los profesionales y que presentan un consumo de sustancias más marcado.

Respecto al tema de la edad, a pesar de que somos conscientes de que las posibilidades y las repercusiones legales son totalmente diferentes si el joven es menor o mayor de edad, hemos querido plantear acciones no sólo para menores de edad sino también medidas que se puedan aplicar a los mayores de edad. La interacción diaria y habitual de unos con los otros es una realidad así como la influencia que ejercen los unos hacia los otros en base a

determinadas pautas de consumo. En especial los más veteranos ejercen una marcada influencia a los recién llegados.

2.1.1. Pautas para la prevención del abuso de drogas:

Es importante matizar que las siguientes pautas van dirigidas a la mejora de la calidad de vida de los jóvenes del grupo diana y que a la par tienen repercusión en el consumo problemático de drogas.

- € Trabajar para ampliar y mejorar la efectividad de los recursos del circuito de atención a menores de la administración catalana y poder incorporar a más menores y en especial a los recién llegados, mejorando la detección precoz de estos jóvenes.
- € Trabajar la prevención del consumo de drogas mediante los educadores / las educadoras y a través de la afectividad, mejorando el ya dañado nivel de autoestima del joven.
- € La afectividad, aspecto clave en el desarrollo de estos jóvenes, sólo tiene sentido trabajarla desde los diferentes recursos si se da también respuesta a necesidades básicas tales como alimentación, hogar-vivienda, educación. Es decir, trabajar de forma integral para ofrecer los marcos necesarios para instaurar hábitos saludables alimenticios, hábitos de higiene básicos, hábitos de organización diaria tales como dormir 8 horas, desayunar, comer y cenar en horas

- regulares, hábitos regulares de sueño, manejo básico del idioma castellano/catalán, etc.
- ≠ Trabajar la prevención mediante la ayuda de referentes adultos de confianza de su propia comunidad.
 - ≠ Utilizar a los jóvenes adultos que pasaron por la misma situación y han podido salir de ella con éxito para estimular positivamente a los menores.
 - ≠ El educador / la educadora o adultos de referencia deben ser un modelo para el joven en relación al consumo de drogas, por ello será necesario formar a los educadores / las educadoras sobre pautas educativas para prevenir el consumo de drogas y para reducir el abuso así como ofrecerles información sobre las sustancias, sobre sus efectos y consecuencias.
 - ≠ Recuperar el contacto real o simbólico con las familias de origen y trabajar la aceptación de su situación ante la familia (no negar el fracaso ante las familias, como primer paso para poder iniciar una relación de apoyo y ayuda por parte de las familias de origen). Cuando hablamos de "contacto simbólico" nos referimos a la reconstrucción educativa del concepto "familia" y sus valores, como elemento afectivo estructurador y como elemento clave para la integración positiva de los propios orígenes y valores culturales-sociales en su identidad.

Es importante tener en cuenta que los jóvenes del grupo diana han iniciado y llevado a cabo el proyecto migratorio en un momento evolutivo de cambio, -de la infancia a la etapa adulta (con todos los matices de la etapa adolescente)- a caballo entre dos o varios países (diversas culturas, sociedades, sistemas educativos, marcos religiosos, etc.). El desarrollo evolutivo de estos jóvenes tiene lugar en un continuo de marcos diversos, de manera que el proceso de configuración de su identidad y sentimiento de pertenencia viene influenciado por tales marcos (culturales, sociales, religiosos, referentes, etc.). Desde nuestro punto de vista, el consumo de drogas viene fuertemente influenciado por mecanismos adaptativos diversos que desarrollan los jóvenes del grupo diana a lo largo de su proceso madurativo y en especial al llegar a la sociedad de acogida para lograr una mejor integración en la sociedad de acogida. Los jóvenes, con su proyecto migratorio manifiestan la necesidad de ser aceptados por la población de acogida y no ser vistos como diferentes. Vestir ropa de marca y consumir drogas es una forma adaptativa de integración en una sociedad occidental adulta que los considera "niños" y es una forma de mostrar madurez y desvinculación de sus orígenes, por miedo a no ser aceptados. Una mejora de la integración real y la aceptación positiva de las personas con orígenes culturales, religiosos diversos puede contribuir también a romper con la necesidad de estos jóvenes de buscar elementos integradores/adaptativos tales como vestir ropa de marca, consumir drogas y tener otras conductas propias de adultos occidentales.

Por ello será importante que los educadores / las educadoras valoren, reconozcan y refuercen de forma positiva aquellos elementos culturales y religiosos de origen que manifiesten los jóvenes para evitar que desarrollen o refuercen determinadas conductas adaptativas (fumar, beber, consumir drogas, vestir de marca, etc.) para ser aceptados como interlocutores adultos y válidos en la sociedad de acogida.

Además, en la medida en que los educadores / las educadoras y referentes respeten y reconozcan positivamente los orígenes de los jóvenes (los valores culturales y religiosos de la sociedad de donde proceden) ellos aprenderán también a respetarlos y a integrarlos positivamente en su identidad. Posteriormente se podrán utilizar estrategias preventivas del consumo de drogas en base a estos valores culturales de origen (no consumir alcohol, no introducir sustancias tóxicas en el cuerpo, cuidar el cuerpo de forma sana, etc.).

2.1.2. Pautas para la reducción de daños⁵

- € Ayudarles a conseguir pequeños objetivos concretos y no exigir cambios radicales.

- € Promover cambios y mejoras en su estructura vital, ya que si sus condiciones de vida no mejoran difícilmente se podrán esperar cambios sostenibles.

- € Ofrecer información sobre los riesgos y consecuencias del consumo abusivo de determinadas sustancias.

⁵ La reducción de daños o de riesgos va encaminada a educar a los consumidores para minimizar los daños derivados del consumo de drogas que consumen. Es decir, promover un consumo de drogas lo menos dañino posible.

PARTE III:
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN BASE A CADA UNA DE LAS
SUSTANCIAS IDENTIFICADAS

3.0. Introducción:

Si bien la globalización de la droga durante la última década ha hecho que cualquier tipo de drogas se pueda comprar, consumir y obtener en cualquier sitio, existen unas pautas culturales que marcan hábitos de consumo de drogas muy concretos y evitan o previenen de otros. De esta forma, España ha sido y sigue siendo un país donde el consumo de alcohol y tabaco está muy enraizado en la sociedad. Siguiendo con el ejemplo del alcohol, éste tiene usos y connotaciones muy diferentes en diversos ámbitos culturales. En el caso de las sociedades de tradición musulmana, como la marroquí, donde a través del Corán⁶ y la Sunna⁷ se regula la vida social, en concreto se prohíbe explícitamente el consumo de alcohol, así como otras sustancias. Así pues, a pesar de que en determinados círculos sociales sí está presente el consumo de alcohol y otras drogas, esto no deja de ser un tabú en estas sociedades.

A continuación valoramos la relación entre los usos sociales de cada una de las sustancias de consumo identificadas tanto en la sociedad de origen como en la sociedad de acogida. Entender el uso social de cada una de las sustancias y el significado que tiene para los jóvenes objeto de este manual es el primer paso para poder abordar y prevenir esta problemática. Complementariamente se ofrece información relevante específica para cada una de las

⁶ El Corán es la transcripción de las palabras exactas reveladas por Dios al profeta Mahoma a través del Ángel Gabriel, fuente principal de la fe y de la práctica de cada musulmán.

⁷ La Sunna son los dichos y hechos del profeta Mahoma.

sustancias identificadas (cannabis, tabaco, alcohol, drogas de síntesis, inhalantes y fármacos) así como herramientas y pautas preventivo- educativas para los profesionales que interaccionan con el grupo diana.

Antes de entrar en cada una de las sustancias es importante que el educador / la educadora tenga presente las siguientes premisas:

- ≠ El educador/la educadora, en la medida en que es una persona de referencia para el joven o menor, debe tener en cuenta que actúa, muchas veces sin ser consciente de ello, como modelador de conductas para el joven. En este sentido es necesario que el educador / la educadora pueda reflexionar constructivamente sobre sus propias pautas de consumo y sobre como estas determinan la manera en que lleva acabo la prevención de drogas. Todas las posturas (tanto las de no consumo como las permisivas) parten de una concepción particular de las drogas que aunque sea la valida para el educador / educadora puede no serlo para los jóvenes.

- ≠ Cada persona tiene una sensibilidad particular a las sustancias de manera que es posible que una misma sustancia y una misma dosis afecten de diferente manera a personas diferentes.

- ≠ El peligro no radica en la sustancia en sí, sino en la relación que se establezca con la sustancia. Es decir, un consumo puntual no es la cuestión que debe preocupar sino aquel consumo asiduo, abusivo y habitual.

- ≠ Respecto al consumo de drogas, será inevitable y necesario, en muchas ocasiones, **afrentar y asumir la existencia del consumo** y por lo tanto considerar la posibilidad de trabajar para reducir los daños⁸ de este consumo.

- ≠ **No utilizar en ningún caso el miedo** como herramienta preventiva, ya que las amenazas bloquean las vías de comunicación y no son en absoluto efectivas para reducir o prevenir el consumo, ni a corto ni a largo plazo.

- ≠ El educador / la educadora debe **conocer mínimamente las sustancias y sus efectos** para poder afrontar la tarea de la prevención con el joven. En el caso que el educador / la educadora desconozca alguna sustancia es importante que no ponga en evidencia su desconocimiento ante el joven ya que éste lo desacreditara fácilmente como interlocutor válido en relación a las drogas.

⁸ La reducción de daños o de riesgos va encaminada a educar a los consumidores para minimizar los daños derivados del consumo de drogas que consumen. Es decir, promover un consumo de drogas lo menos dañino posible.

- ≠ Cuando el educador / la educadora informe al joven sobre los riesgos y efectos de las sustancias que quiera prevenir, será importante **no avanzar información que el joven pueda desconocer**, ya que con ello puede estimular el interés por otras sustancias. En el caso que el joven no consuma, es preferible hablar del tema sin hablar de drogas concretas, sino utilizando un planteamiento más generalista.

3.1. El Cannabis:

El cannabis es una planta de cuya resina, hojas y flores se elaboran entre otras preparaciones el hachís y la marihuana, y una de las sustancias más utilizadas entre las drogas ilegales. Marruecos ha sido y es uno de los principales cultivadores de cannabis a gran escala. La mayor parte del cannabis incautado en Europa procede de Marruecos. El tráfico de drogas se aprovecha de los flujos migratorios entre Europa y África y muchas veces se utiliza a jóvenes y niños para traficar.

Los cultivos se localizan principalmente en la parte norte de Marruecos (desde Chefchauen y toda la zona del Rif). Existe una clara controversia social en el norte de Marruecos respecto al consumo de cannabis que a pesar de que está teóricamente penado por ley, prohibido por la religión y no se consume ante los ojos de la familia, su consumo es marcado y está ubicado en determinados círculos sociales y lugares tales como cafés, bares, estadios deportivos, determinados cines, con el argumento de evitar así que

esté presente en las calles. En la zona centro-sur de Marruecos el consumo no es socialmente tan aceptado como en determinadas regiones del norte y tiene tendencia a presentarse en espacios más escondidos y más marginales que en el norte del país, donde hay mayor margen de libertad. Se trata pues, con los matices ya comentados, de un consumo bastante generalizado pero con una doble moral de consumo: *sí pero sólo en determinadas situaciones*. Así pues a pesar de que su cultivo y consumo está prohibido en Marruecos, al ser una gran fuente de ingresos su consumo es en determinados círculos socialmente aceptado.

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los jóvenes que emigran a España lo hacen desde las regiones norteañas⁹, podemos afirmar que los jóvenes marroquíes conviven en un marco social que a la vez acepta y rechaza tal consumo. De hecho no es de extrañar cuando muchos de los jóvenes que aquí consumen sustancias indican que ya habían consumido no sólo tabaco sino también hachís en Marruecos, en especial durante el tiempo previo a su partida hacia España. De todas formas el hachís es visto como una sustancia perjudicial para su salud aunque no en el grado en que se percibe el alcohol.

⁹ Ya sea porque han nacido y vivido allí, ya sea porque se han desplazado allí y pasado un largo período de tiempo antes de encontrar la oportunidad de emigrar hacia España.

3.1.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre el cannabis:

El cannabis es una planta herbácea de cuya resina, hojas y flores se extrae el hachís y la marihuana. Sus efectos se deben al THC, uno de sus principios activos.

El hachís es un preparado de la resina almacenada en las flores de la planta del cannabis. La resina se prensa hasta formar una pasta compactada de color marrón que se parece mucho al chocolate. El cannabis tiene mayor concentración de THC¹⁰ que la marihuana por lo que su toxicidad es mayor.

La marihuana son las hojas, flores y tallos secos de la planta.

Se consumen preparando un "porro", "un canuto", "un peta" que es la mezcla de hachís con tabaco rubio o bien de marihuana. Al consumirse fumado es fácilmente absorbido por los pulmones llegando al cerebro con rapidez.

También se incluye en la preparación de galletas, pasteles, etc. pero tarda más en hacer efecto, lo que a veces supone un peligro porque al no notar los efectos de forma inmediata se toma mucha más cantidad para acelerarlo. De hecho en Marruecos en fiestas de cumpleaños de adolescentes y sin la familia es común comer un

¹⁰ THC: componente activo del cannabis.

dulce llamado “Maájoun” que consiste en una mezcla de miel, almendras, nueces y semillas de cannabis. Se consume para relajarse, desinhibirse, para facilitar las relaciones sociales, pero tiene efectos perturbadores.

3.1.2. Efectos que produce:

Efectos psicológicos: relajación, desinhibición, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia, hilaridad (risa fácil), alteraciones de los sentidos, alteración del deseo sexual, dificultad en el ejercicio de funciones complejas: dificultades para expresarse con claridad, dificultades para la memoria inmediata, problemas para capacidad de concentración, problemas de aprendizaje bajo los efectos.

Efectos físicos: aumento del apetito, sequedad de boca, ojos húmedos y enrojecidos, taquicardias, somnolencia, descoordinación movimientos.

3.1.3. ¿Cómo se puede tratar el consumo de cannabis con los jóvenes?

- ∄ Es importante informar a los jóvenes sobre las leyes vigentes en España respecto al consumo público o tenencia de cannabis, que puede suponer un multa de 300 a 30.050 euros aprox. y que en su caso las consecuencias pueden ser incluso

más perjudiciales, dificultando las relaciones con la administración de protección de menores o bien en el caso de ser mayores de 18 años en situación de irregularidad, tal situación puede dificultar seriamente la obtención de documentación legal, su proceso de integración y la búsqueda de trabajo.

- ≠ También se debe insistir en que el uso social del cannabis en España difiere del de Marruecos y que la aceptación y el rechazo social difieren de la que recibe en Marruecos. *Por ejemplo: la percepción generalizada de determinados adultos difiere mucho de la percepción de los jóvenes.*
- ≠ Muchos de los fumadores habituales desconocen la calidad del hachís que consumen e ignoran que en origen frecuentemente lo suelen “cortar” (adulterar para producir más cantidad) con henna, piensos compuestos, estiércol, etc. Una vez en España frecuentemente se vuelve a “cortar” mezclándolo con cáscaras de huevo, henna, neumáticos de caucho, colas, crema de leche, etc.
- ≠ Si tenemos en cuenta que la mayoría de los jóvenes no eran consumidores de alcohol en Marruecos, imitar y consumir cantidades de alcohol similares a las que toman otros jóvenes ya habituados al alcohol, suele ser contraproducente ya que debido al fenómeno de la tolerancia, los efectos no son los mismos en cada persona y dependen de la experiencia que

tenga esa persona con la sustancia: a más experiencia menos efectos.

- ≠ Si además añadimos el hecho que no están habituados a la mezcla del hachís con el alcohol, ambas sustancias depresoras del sistema nervioso central, sin saberlo corren el peligro de sufrir una lipotimia (bajada de tensión) con mareos, vómitos, etc.
- ≠ Advertir que dosis elevadas de THC pueden provocar ansiedad (nerviosismo, taquicardias) y paranoia (sensación de sospecha, que les persiguen, critican, miran mal, etc.).
- ≠ Recordar que cada persona tiene una sensibilidad particular a las sustancias de manera que es posible que la misma sustancia y cantidad afecte de diferente manera.

3.1.4. Argumentos a utilizar para poder decir NO cuando están con los amigos:

No porque...

- no me apetece / no me gusta
- hago deporte y necesito estar bien
- quiero buscar un trabajo y quiero estar bien
- paso de eso
- me deja tirado / me sentó mal la última vez
- a mi familia no le gustaría

- mi cultura lo prohíbe

Estos argumentos se pueden utilizar para cada tipo de droga.

3.2. El tabaco:

De diversos programas anti-tabaquismo en Marruecos sabemos que la mayoría de los fumadores dice haber comenzado a fumar en Marruecos entre los 8 y los 12 años. Se trata de edades precoces y actualmente incluso inferiores a la media española.

Los menores y jóvenes marroquíes en Barcelona indican que antes de venir a España ya eran consumidores de tabaco en Marruecos pero fumaban únicamente fuera del marco familiar y más concretamente fuera del alcance de los ojos de familiares, ya sean padres, abuelos o incluso a veces hermanos.

Será pues necesario tener en cuenta que actualmente los jóvenes se encuentran en un nuevo marco social donde raramente tienen algún referente familiar. Esto puede promover un aumento en el consumo de tabaco entre estos jóvenes. Lo mismo ocurre para el resto de sustancias.

En definitiva, el tabaco es para ellos una sustancia con la que ya están familiarizados y que a la par no perciben como una sustancia peligrosa. En este sentido será necesario crear una figura educativa que pueda por un lado informarles de los efectos nocivos del tabaco

y educarles para la salud y a la vez que pueda ejercer cierto control sobre el consumo, tal y como lo ejerce la familia en Marruecos.

Para poder trabajar con los menores y jóvenes la prevención del tabaco planteamos una serie de cuestiones que se pueden integrar en una actividad de promoción de la salud en los centros pero que también se pueden incluir en los diálogos de los educadores / las educadoras.

3.2.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre el tabaco:

El tabaco tiene una acción básicamente estimulante

En su humo se identifican unas 4.000 componentes tóxicos (nicotina, alquitranes, irritantes, monóxido de carbono, etc....).

El tabaco es una droga legal, aunque su venta y consumo en España está prohibida a menores de 18 años. El tabaco es legal pero no por ello menos perjudicial. El tabaco es a largo plazo una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura.

Otros de los efectos nocivos del tabaco pueden ser:

- disminuye la capacidad pulmonar
- dificulta los deportes
- fatiga prematura

- daña la capacidad de los sentidos (gusto y olfato)
- mal aliento, mal olor
- envejece la piel prematuramente
- color amarillento de dedos y dientes
- aparición de cánceres (pulmón, esófago, faringe...)
- Infartos, úlcera gástrica...
- Dependencia física y psicológica
- Reacciones de ansiedad y depresión consecuentes a la dificultad para dejar el tabaco.

3.2.2. Actividades preventivas del tabaco:

Es importante poder incluir los anteriores aspectos informativos en las actividades (aquellos que conciernen más a cada uno de los jóvenes). Ejemplo: las consecuencias de fatiga prematura y dificultades para la capacidad pulmonar se pueden argumentar en relación a los deportes.

En Marruecos algunos de los programas antitabaquismo para jóvenes que se muestran efectivos se realizan mediante títeres y campañas publicitarias por televisión y radio.

Trabajar y romper con el esquema "legal =no perjudicial". El alcohol y el tabaco, en contra de lo que cree la gente, son unas de las sustancias más perjudiciales por su frecuencia y permanencia de consumo.

Hacer cálculos sobre el coste económico mensual (con el dinero de 5 paquetes de tabaco (15 Euros) puedes llamar x veces a tu familia, puedes invitar a alguien a salir, etc.).

Aprovecharse de modas saludables para que las asimilen con un objetivo de aceptación por parte de la sociedad de acogida. *Por ej: promover estilos actuales de vida alternativos al consumo, o bien asociar aspectos motivadores para los jóvenes con la salud (por ej. El grupo diana se ve cautivado por marcas tales como Nike, Addidas, etc. Se puede aprovechar esta situación promoviendo la salud mediante imágenes sanas de los deportistas que aparecen en anuncios de tales marcas deportivas.).*

3.2.3. Diálogos preventivos:

A continuación exponemos algunas cuestiones que el educador / la educadora puede trabajar a nivel individual o bien grupal con los jóvenes con el objetivo de hacerles reflexionar sobre sus pautas de consumo:

¿Por qué fumas? para relajarte, para parecer más adulto, para hacerte el interesante, para sentirte libre e independiente, para ser aceptado por los demás...

¿En qué momentos fumas?

- Rutinas: en el bar, cuando bebes alcohol, en la calle...
- Las relaciones sociales: con amigos, en momentos de ocio...
- Aburrimiento: cuando no tienes nada que hacer, cuando estás esperando.
- Tensión: si estás preocupado, si estás nervioso

-Como un premio. ¿A qué? ¿Qué otras formas de premio puedes buscar?

3.3. El alcohol:

El alcohol vuelve a ser un tema muy controvertido en este grupo de menores. Quizás es una de las sustancias más tabú en la tradición del mundo musulmán, más incluso que el resto de drogas ya que su prohibición se cita de forma explícita en el Corán y en la Sunna, cosa que no ocurre en el caso de las otras sustancias¹¹. Se puede aprovechar esta situación y estos argumentos para prevenir el abuso del alcohol más que para evitar su consumo ya que en la sociedad española el consumo de alcohol es habitual y aparece a diario. En un marco social permisivo respecto a su consumo consideramos que puede situar a estos jóvenes en situación de riesgo.

3.3.1. Consejos que puede ofrecer el educador / la educadora sobre el abuso de alcohol:

- “No bebas si has comido poco o nada”
- Recordar que el alcohol inicialmente y en pequeñas cantidades tiene un efecto desinhibidor pero en realidad es un depresor del

¹¹ En el Corán y la Sunna se prohíbe explícitamente el uso del alcohol y se sobreentiende también la prohibición de otras sustancias tóxicas, aunque no se menciona de forma explícita.

sistema nervioso central, es decir que tiene un efecto totalmente depresor.

- El alcohol puede producir irascibilidad, agresividad y esto facilita que se desencadenen peleas que pueden acarrear problemas.
- Si se bebe alcohol de mala calidad o se hacen mezclas, la resaca del día después es mucho peor de lo habitual.
- Si tienes alguna responsabilidad (en el centro, un trabajo, etc.) no bebas porque puede dificultarte el hacer bien la tarea y la relación con los demás.
- Si tomas medicamentos no bebas.
- El alcohol no afecta a todos por igual. Afecta más a aquellos que tienen menos masa corporal.
- Si llegáis a estar junto a alguien en una situación de coma etílico (situación de intoxicación aguda con pérdida del conocimiento), se recomienda situar a la persona en posición de seguridad tumbada de lado para evitar el ahogo por aspiración del vómito.
- Comprobar que las constantes vitales de la persona se mantengan (respiración y pulso). Si éstas son irregulares debe llevarse al afectado a un servicio de urgencias Teléfono: 112.
- Después de una resaca: beber mucho líquido, estar unos días sin beber nada de alcohol, dormir y comer bien.
- Cuando se bebe, se es menos consciente de los riesgos (embarazos no deseados, sufrir abusos sexuales, enfermedades de transmisión sexual, VIH) y fácilmente se da menos importancia al condón.
- Ofrecer preservativos gratis a los jóvenes puede ser una buena fórmula para establecer contacto con ellos y poder empezar a hablar de estos temas.

3.4. Las drogas de Síntesis:

Si bien en España la principal entrada de cannabis proviene de Marruecos, el tráfico de drogas sintéticas recorre otros circuitos y procede principalmente de Holanda u otros países europeos. De todas formas, aunque sí se encuentra información sobre laboratorios clandestinos de producción de drogas sintéticas en Marruecos, no se documenta su consumo en la población marroquí joven. De forma casi exclusiva la documentación sobre drogas en Marruecos hace referencia principalmente a la producción de drogas incluidas las de síntesis, que encuentran fácilmente laboratorios clandestinos debido al vacío legal al respecto, tráfico de drogas (en especial cannabis) y consumo de alcohol, que a diferencia del consumo de tabaco o cannabis es considerado como una enfermedad.

A pesar de que no disponemos de información válida sobre el consumo de drogas de síntesis entre los jóvenes marroquíes en Marruecos, entre los jóvenes contactados en el marco del proyecto no se conoce consumo de drogas de síntesis previo a su llegada a España. Del análisis realizado llegamos a la conclusión de que el consumo de drogas de síntesis entre los jóvenes marroquíes en Barcelona es de momento puntual, pero no descartamos la posibilidad de que pueda incrementar. Las drogas de síntesis han tenido una muy buena aceptación entre la población juvenil española ya que su consumo es esencialmente recreativo, asociado a modas juveniles y a determinados tipos de música. Debido a sus

connotaciones (asociadas a la moda, a lo moderno, a lo occidental) puede fácilmente llegar a ser un tipo de consumo que influya a los jóvenes marroquíes, aunque de momento no hayamos constatado un uso marcado entre éstos. De todas formas ofrecemos información que puede ser útil para su prevención:

3.4.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre las drogas de síntesis:

- Las drogas de síntesis son sustancias químicas estimulantes y alucinógenas realizadas en laboratorios clandestinos. Derivan de las anfetaminas y se les añade algún componente alucinógeno. Se trata de mezclas químicas que intentan simular los efectos de sustancias naturales.
- Como están realizadas en laboratorios clandestinos pueden estar adulteradas con cualquier sustancia desconocida que puede ser peligrosa.
- Las drogas de síntesis identificadas en el análisis hacen referencia a las llamadas "pastillas" que se comercializan con dibujitos grabados para identificarlas (algunos de los nombres que reciben siguen ciertas modas: mitsubishi, euro, pikachu, piolín, etc.).

3.4.2. Efectos de las drogas de síntesis:

A grosso modo sus efectos pueden describirse en las siguientes 3 fases:

1ª (subida): aumenta la sensación de energía, desaparece el cansancio, sensación de euforia.

2ª (mantenimiento): aumenta la euforia, la autoestima, la capacidad de empatía con los demás.

3ª (bajada): van desapareciendo los efectos, estado de cansancio físico y mental, bajo estado de ánimo.

EFECTOS PSICOLÓGICOS:	EFECTOS FÍSICOS:
<ul style="list-style-type: none"> - sensación de bienestar - aumento de la energía - desinhibición - sensación de autoestima aumentada - agobio - pérdidas temporales de memoria - pérdida de control - pánico, inquietud, ansiedad - irritabilidad - paranoias (ideas delirantes u obsesivas) - dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> - aumento de la temperatura corporal, sensación de calor - sudoración excesiva - taquicardia - escalofríos - rigidez y movimientos involuntarios de mandíbulas - dificultad para coordinar movimientos - pérdida del sentido de la orientación - temblores y deshidratación - insomnio - náuseas y vómitos - visión borrosa

3.4.3. Consejos que puede ofrecer el educador / la educadora:

- Advertir que cada pastilla es diferente y sus efectos pueden ser también diferentes cada vez
- Cuanto más se consume más fuerte es la bajada
- Los riesgos aumentan si se mezcla con alcohol u otras drogas
- Si se baila sin descanso, recomendable hacer pausas y beber mucha agua
- Evitar su consumo si se tiene algún problema psicológico o físico
- Si se consume de forma continuada, se corre el riesgo de sufrir paranoias, depresiones y ataques de pánico. El corazón y el hígado pueden verse afectados
- El tráfico será de 3 a 9 años de prisión y multa 3 veces el valor de la droga.

3.5. Los inhalantes:

A pesar que en las grandes ciudades de Marruecos (Casablanca, Rabat, Tánger, etc.) existan jóvenes que viven en la calle, que destacan por un consumo marcado de disolventes, los jóvenes que emigran a España difieren de este perfil. Podemos decir que en origen no respondían a este perfil, no eran consumidores habituales de inhalantes y generalmente procedían de familias de clase media-baja con la que convivían justo antes de iniciar el viaje hacia España. Aunque la mayoría de jóvenes destaca que el consumo de inhalantes se inicia una vez llegados a España, algunos jóvenes

comentan que ya se inició durante el tiempo que pasaron cerca del puerto de Tánger esperando la posibilidad de acceder a algún medio de transporte (barco, ferry, autobús, etc.) para poder cruzar el estrecho iniciando su proyecto migratorio hacia España.

Para la gran mayoría de jóvenes del grupo diana, el disolvente tiene connotaciones muy negativas (marginación social, exclusión, pobreza, etc.). A pesar de que los jóvenes que llevan más tiempo en España evitan el consumo de inhalantes ya que no quieren que se les asocie con una sustancia con connotaciones tan negativas, su consumo ha quedado relegado principalmente a los jóvenes recién llegados y los de menor edad.

3.5.1. Información básica que el educador / la educadora debe conocer sobre las sustancias inhalables:

Las sustancias inhalables comprenden un grupo muy heterogéneo de sustancias químicas que se caracterizan por ser muy volátiles y se gasifican a temperatura ambiente desprendiendo vapores psicoactivos. Ninguna lista es lo suficientemente exhaustiva para poder recoger todas las posibles sustancias inhalables, ya que continuamente aparecen nuevas sustancias con las que experimentar. Cualquier producto que contenga una de las siguientes sustancias químicas puede constituir objeto de abuso:

Tolueno, Xileno, Acetato de Etilo, Hexano, Cloruro de Metileno, Metil-etil-ketona, Metil-butil-ketona,

Tricloroetileno, Gas Butano, Propano, Fluoroclorocarbones, otros Hidrocarburos, Óxido Nitroso, Halotano, Enflurano, Cloruro de Etilo, Tetracloroetileno, Tricloroetano, Acetona, Metanol, Metano, Etano, Bromoclorodifluorometano. (Lista desarrollada por: Charles Sharpe, Ph.d., y Neil Rosenberg M.D.)

La mayor parte de estos productos son capaces de disolver las grasas. Cuando se inhalan se incorporan con gran rapidez al torrente circulatorio distribuyéndose más velozmente entre los órganos de mayor flujo sanguíneo, como el cerebro y el hígado. Estas sustancias se encuentran en muchos productos de uso general, tanto doméstico como industrial, tales como:

- ≠ Pegamentos y colas de contacto de secado rápido.
- ≠ Pinturas, lacas, quita pinturas y quita yesos, líquidos para corregir errores tipográficos (tipp-ex) y sus correspondientes disolventes.
- ≠ Productos derivados del petróleo, líquidos para mecheros (incluido el gas butano), anticongelante, líquidos para la limpieza en seco, laca para el pelo y acetona para quitar el esmalte de las uñas.
- ≠ Gases propulsores de los aerosoles, incluyendo desodorantes, purificadores de aire, insecticidas, spray de pintura y extintores de incendios.
- ≠ Alcohol medicinal, limpiadores de metal, detergentes, betún de zapatos y tintes.

Los inhalantes básicamente se inhalan, es decir se respiran directamente del producto. Los inhalantes líquidos se pueden inhalar desde un trapo, un calcetín la manga del jersey, etc.,

previamente impregnado con la sustancia a inhalar. Para aumentar los efectos del vapor, al aumentar su concentración, los pegamentos y sustancias similares se inhalan desde una bolsa de plástico en la que han sido vertidos. La boca de la bolsa se coloca frente a la cara y se respiran los vapores hasta alcanzar la intoxicación. A veces se emplea una bolsa de polietileno, como las de la basura, que cubre totalmente la cabeza y los hombros.

3.5.2. Sobre los efectos de las sustancias volátiles, inhalantes o inhalables:

Los efectos en la persona van a depender del porcentaje de sustancia volátil en la composición del producto inhalado, así como del sistema de inhalación y de la experiencia que tenga con el uso de la sustancia. Pero hay que destacar que se puede llegar a una situación de intoxicación aguda aun sólo habiendo consumido una sola vez o de forma aislada pero en cantidad suficiente (abusiva) el disolvente.

Cuando el consumo es abusivo, se da de forma reiterada e inadecuada amenazando dañar la salud física, mental o el bienestar social de la persona, facilita que determinadas actividades cotidianas se conviertan en situaciones peligrosas (cruzar la calle, utilizar transporte público, peligro de incendio cuando están fumando, etc.).

Los expertos confirman la existencia de dependencia psíquica pero no hay consenso sobre si produce dependencia física. Es decir a la persona le es muy dificultoso romper con el hábito pero cuando lo hace no se produce ningún síndrome de abstinencia (ningún malestar físico).

El consumo crónico de estas drogas puede generar problemas de salud tales como:

- § Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, anorexia).
- § Trastornos renales y hepáticos.
- § Arritmias.
- § Alteraciones respiratorias (bronquitis crónica, edema pulmonar).
- § Conjuntivitis crónica.
- § Muerte súbita por fallo cardiaco, muerte por aspiración de vómito, muerte por arritmias ventriculares.
- § Otros síntomas frecuentes son la irritabilidad, la disminución de la concentración, disminución del rendimiento escolar, absentismo escolar, etc.

Todos estos síntomas pueden cronificarse o dañar órganos vitales dejando secuelas de por vida que afecten a la salud del consumidor y a su capacidad de relación con otras personas.

3.5.3. Aspectos a tener en cuenta ante situaciones de crisis:

El tratamiento de las intoxicaciones agudas puede constituir una urgencia médica con gravedad variable, aunque rara vez el usuario o sus compañeros hagan demanda de ayuda.

1. Cuando un consumidor habitual presenta una embriaguez sin depresión del Sistema Nervioso Central no es necesaria una actuación específica. Las medidas recomendables a tomar serían:

- Eliminar los restos de sustancias en el entorno.
- Ventilar el lugar y aflojar la ropa.
- Tratar de calmar al sujeto.
- Hacerle respirar lenta y profundamente.
- Permanecer junto a él hasta su recuperación.
- Intentar saber qué producto ha inhalado.

2. Cuando el consumidor presenta un trastorno de conciencia, colapso cardiorrespiratorio o convulsiones hay que llevarlo a un servicio médico de urgencia. Mientras llega la ambulancia es recomendable:

- Retirar residuos de disolvente de las ropas, pertenencias o en el propio sujeto.
- Ventilar el lugar.

- Acostar al sujeto con la cabeza ladeada para evitar aspiración de vómitos.
- Evitar el enfriamiento tapándolo.
- Realizar maniobras de reanimación (respiración boca a boca, masaje cardíaco).
- Tratar de recoger una muestra del disolvente para analizarla.

Del educador / la educadora y de los centros, -vinculados a la tarea de procurar al sujeto lo que demandan sus necesidades primarias-, y de la calidad de la relación que se establezca dependerá en gran medida que el menor asimile un sentimiento de seguridad básico que le facilitará continuar con el proceso de desarrollo de su personalidad en mejores circunstancias. Aprovechar los sucesos, las circunstancias, las crisis como momentos de cambio desde la riqueza educativa de la vida cotidiana va a ser un aspecto crucial.

Es necesario poder hablar abiertamente con los menores de la problemática del consumo de disolventes, sin aceptarla pero tampoco condenarla. De este modo se pueden así abrir puertas a la comunicación sobre el tema y crear un vínculo explícito de confianza entre el joven y el educador de referencia con relación específica al consumo de drogas y problemáticas asociadas. Así el menor tiene la opción de acudir a esta figura en caso de crisis, en caso de curiosidad, de falta de información, de búsqueda de ayuda tanto para él como para algún compañero, etc.

3.5.4. ¿Reducción de daños¹² con los disolventes?

Se debe actuar sin negar la evidencia de que existe el consumo de disolventes. Por lo que se refiere al consumo de disolventes, a pesar de que existen opciones de reducción de daños, en el caso de los menores, en general no es recomendable ya que debido a su temprana edad podría ser malinterpretado como una aceptación del consumo por parte de los tutores-educadores y profesionales que interaccionan con ellos. A título informativo les ofrecemos datos sobre opciones experimentadas al respecto, no con el objetivo que se pongan en práctica pero sí para que se conozcan y cuestionen.

3.5.5. La reducción de los riesgos en el día a día:

Los individuos que abusan de los inhalantes pueden tomarlos en situaciones peligrosas. El reto está en conocer cuáles pueden ser estas situaciones peligrosas relacionadas con el abuso de disolventes, para poder así prevenirlas. A continuación citamos algunas de ellas que creemos que es importante reconocer y tener presente por parte de los profesionales que interaccionan con los menores y por otra parte creemos que éstos deben informar y advertir de ellas a los menores consumidores.

¹² Reducción de daños: disminuir la demanda de un individuo selectivamente en determinados momentos, o modificar sus modalidades de consumo de forma que éste resulte menos peligroso.

- ≠ El abuso podría provocar una afectación cardiaca aguda e incluso mortal. Este riesgo resulta más probable si el consumidor realiza un gran esfuerzo durante o inmediatamente después del consumo. Por lo tanto es importante controlar que no se inhalen estas sustancias previa o posterior realización de actividades deportivas o en persecuciones policiales tras un robo.

- ≠ Vale la pena informar a los menores de la peligrosidad de las sustancias que inhalan haciendo hincapié en el hecho de que a veces los fabricantes varían la fórmula química de sus productos, incluyendo sustancias más tóxicas. Eso significa que es posible que sustancias que utilizan con asiduidad con el tiempo puedan provocar unos efectos no esperados debido a los cambios en los contenidos del producto.

- ≠ La combinación del abuso de inhalantes con otras drogas, como el alcohol, aumenta el peligro enormemente.

- ≠ A veces los consumidores calientan el producto con fuego u otra fuente directa de calor para aumentar la concentración de los vapores. Algunos incluso fuman cuando están abusando del producto. En cualquier caso hay un serio riesgo de quemaduras, ya que muchos de estos productos son inflamables.

- ≠ A menudo el abuso ocurre en lugares aislados o en ambientes peligrosos. Así se aumenta el riesgo, ya que una persona intoxicada tiene menos recursos para conjurar los potenciales peligros en los que se encuentra para tener ayuda.

Será por lo tanto necesario poder evitar las siguientes situaciones:

- ≠ La inhalación en lugares poco seguros, oscuros o abandonados por pérdida del control sobre uno mismo y el peligro de caer, dañarse, etc.
- ≠ La inhalación de pie circulando en plena calle ya que es muy fácil que debido a la pérdida de control sobre uno mismo sea muy fácil que se provoquen accidentes de tráfico, es decir, que sean atropellados. Es posible que debido a un consumo reiterado, con el tiempo se provoque una pérdida de la audición (sobre todo debido al tolueno). Ello pone aún más en peligro la circulación de estos chicos por la calle.
- ≠ Asfixia por simple falta de oxígeno (bolsas). Adherencia de la bolsa de plástico a la boca y a la nariz (sofocación), así como peligro de asfixia por aspiración del vómito.
- ≠ Evitar que realicen esfuerzo físico o estén sometidos a situaciones de estrés, puesto que esto hace que el paro

cardíaco y el fallo respiratorio agudo por espasmo laríngeo se agraven.

3.6. Los fármacos:

Entre los jóvenes del grupo diana se identifica cierto consumo de fármacos obtenidos en el mercado negro a precios muy bajos. Se trata de tranquilizantes, depresores del sistema nervioso central, que se combinan con el uso de otras sustancias para contrarrestar las consecuencias de sus efectos.

Su consumo está también estrechamente ligado a la inestabilidad de su situación vital ya que tienen un efecto relajante, calmante, ansiolítico, y conciliador del sueño.

Sus efectos dependen de la edad, peso, sexo, del momento en que se toman, etc. pero generalmente tranquilizan, calman la excitación nerviosa y dan sueño.

Se toman como comprimidos, cápsulas, tabletas, grageas, sobre o solución y las especialidades farmacéuticas más comunes son *trankimazin®*, *rohipnol®*, *tranxilium®*, *diazepam®*, *valium®*, *lorazepam®*, etc.

PARTE IV
ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN
DEL CONSUMO DE INHALANTES
Y OTRAS DROGAS

A continuación presentamos una serie de propuestas centradas en actividades a realizar con y para los menores para la prevención del consumo de drogas, en base a la promoción de factores de protección de estos jóvenes. La propuesta está pensada para ser llevada a cabo desde los diversos centros que frecuentan los menores involucrando también a aquellos jóvenes que aún están en situación de calle y a la propia comunidad del barrio del Raval. No se trata de actividades muy organizadas ni muy estructuradas sino más bien actividades de carácter inmediato y de relativa exigencia, en la que los jóvenes se puedan involucrar al nivel que ellos deseen, sin unos criterios muy exigentes de aceptación. Debe tratarse de actividades simples, cotidianas y atractivas según el punto de vista de los menores. Deben plantearse de esta forma para evitar la sensación de presión externa, poder así optimizar su receptividad y fomentar la participación.

Las actividades se basan en el aprovechamiento de los sucesos, de las circunstancias, de las crisis como momentos de cambio aprovechando la riqueza educativa de la vida cotidiana. A través de las actividades cotidianas se pretende plasmar la incompatibilidad de realizar actividades atractivas e interesantes para los menores (como un partido de fútbol) con el consumo de drogas. Esta sería una forma indirecta y práctica de promoción de la salud a través de actividades dentro de un contexto cotidiano y no institucionalizado.

4.1. Aspectos a tener en cuenta en la realización y planificación de las actividades:

Es importante tener en cuenta la influencia del grupo de iguales sobre los mismos jóvenes para que el educador / la educadora pueda identificar y conocer los roles del entramado relacional, los puntos de apoyo y rechazo que funcionan entre ellos. La mayoría de los muchachos se encuentran muy inmersos en esta dinámica particular de las pandillas, compensando así la necesidad de pertenencia al grupo imitando conductas que les permiten obtener una identidad. Para estos chicos, como para cualquier adolescente en desarrollo, es preferible tener una identidad negativa a la falta de identidad. Además, el consumo de drogas (en especial de los inhalantes), aparte de ser una medida ficticia para satisfacer las carencias y necesidades básicas, es una forma de relación, de identificación y pertenencia y un desafiante compromiso ante el grupo. De esta manera, el sujeto busca en el grupo cierta seguridad, protección, hermandad y amistad de la cual carece y requiere satisfacer. Por ello es necesario plantear actividades en las que los jóvenes puedan relacionarse con otros jóvenes que no consuman y puedan crear otros vínculos grupales basándose en pautas saludables y sin verse al abismo de tales riesgos.

Las actividades deben ir encaminadas a poder potenciar y poner de manifiesto aspectos propios tanto de su personalidad, así como capacidades y conocimientos específicos de los jóvenes con el

objetivo final de sentirse especiales, útiles, valorados, importantes y capaces de afrontar nuevos retos.

Para la realización de las actividades y la captación de los menores (en contacto con los centros o en el ámbito de calle), será necesario identificar y contactar con los líderes naturales y con jóvenes que estuvieron en la misma situación y la mejoraron notablemente para que lideren y motiven a los jóvenes a participar en las actividades y actuar en estrecha colaboración con los educadores / las educadoras.

Las actividades deben dirigirse a fortalecer los factores protectores y la resiliencia de estos jóvenes: promover el autocuidado, reforzar la responsabilidad individual y social acerca de la salud, promover estilos de vida que permitan desarrollar el potencial de cada persona y propiciar condiciones que influyan en el mejoramiento de diferentes áreas personales, del entorno comunitario y del centro, así como de su actitud y comportamiento ante el consumo y ante todo tipo de productos, incluyendo las sustancias adictivas.

Las actividades tratarán de forma inherente, informal y sutil sobre las consecuencias prácticas de los riesgos del consumo de drogas a corto y largo plazo a través de situaciones cotidianas reales, fomentando a la vez a escala práctica y situacional la enseñanza de habilidades vitales (*life skills*) adaptadas al país de acogida,

resolución de conflictos, toma de decisiones, tolerancia a la frustración, ayudarles a adquirir una imagen positiva de sí mismos.

4.2. Sobre las actividades preventivas:

A continuación proponemos algunas ideas-ejemplo que pueden realizarse con los menores.

4.2.1. Espacio de relación - consulta sobre drogas:

Establecer un espacio informal de reunión con los menores para debatir temas relacionados con el consumo de drogas en una atmósfera amistosa estableciendo una relación cálida y de confianza. El objetivo principal de este espacio es el de iniciar y fomentar la ayuda mutua entre los menores, la discusión y decisión interactiva sobre posibles actividades alternativas al consumo (propuestas y diseñadas por los mismos jóvenes en colaboración con los educadores / las educadoras). La creación y utilización de este espacio va a ser el primer paso para establecer un flujo de comunicación específica sobre consumo de drogas, consumo de disolventes, para poder canalizar demandas, detectar necesidades, prevenir futuras problemáticas, etc.

El asesoramiento del educador / la educadora debe ir encaminado a fomentar los siguientes aspectos:

- € Empezar abordando el tema de las drogas de forma generalizada sin referirse a los consumos de los jóvenes.

- € Animar al menor para que hable de las experiencias tanto positivas como negativas que ha observado¹³ a su alrededor en relación a las drogas. No es recomendable preguntar de los consumos propios, sino de los consumos que ha observado en su entorno sin hablar directamente de alguien en concreto.

- € En el momento que el menor o joven de a conocer al educador / la educadora que tiene problemas con determinadas sustancias el educador / la educadora puede:
 - € ofrecer consejos sobre posibles rutinas diarias alternativas al consumo.
 - € apoyar al menor en cómo dirigir y modificar su propio comportamiento.
 - € Aconsejar una retirada gradual de la drogadicción sin pedir una abstinencia inmediata y sin amenazas de castigo.
 - € Buscar alternativas de actuación al abuso de inhalantes, cuando éste se realiza en respuesta al aburrimiento, la frustración o la ansiedad. Enfocar las actividades para evitar que el consumo se convierta en

¹³ El joven será más receptivo a hablar de drogas si se da cuenta que no es necesario hablar de consumos propios sino de consumos observados a su alrededor. En realidad el joven hablará de sus propios consumos a través de planteamientos generales y sin el miedo a ser menospreciado por el educador.

el único modo y modelo posible de soportar y entender la vida.

- € Estructurar grupos de discusión en los cuales el afectado pueda oír cómo otras personas han resuelto con éxito un problema como el suyo.
- € Preparar al sujeto para los síntomas de abstinencia, depresión y ansiedad previo inicio de un tratamiento.

Todas las actividades que a continuación se proponen son algunas ideas-ejemplo posibles a llevar a cabo. El objetivo es que los propios profesionales puedan, basándose en la metodología de "Educación entre iguales"¹⁴, **diseñar otras actividades paralelas con el mismo objetivo preventivo** e involucrando en el trabajo con los menores consumidores de disolvente a otros jóvenes que anteriormente han estado en esta situación y han salido de ella mejorándola notablemente. Éstos actuarían como modelo, objetivo o referente a seguir.

4.2.2. El deporte como diversión y establecimiento de nuevos contactos:

Organización de una pequeña liga de fútbol entre diversos grupos de jóvenes del barrio, involucrando a jóvenes menores inmigrantes así como a otros jóvenes de su misma edad que residen en el

¹⁴ Estrategia educativa basada en que la educación sobre determinados temas es recibida a través de alguien que pertenece a su mismo grupo de iguales.

barrio, que frecuentan los centros. Las actividades deben ser organizadas y lideradas por jóvenes más mayores que en el pasado se encontraron en la misma situación de calle, consumiendo inhalantes u otras drogas y mejoraron notablemente, así como por los líderes naturales de los grupos, con los que previamente debe hacerse un trabajo para atraerlos e involucrarlos en las actividades. Algunos consejos para llevar a cabo la actividad:

- € Utilizar a los líderes naturales y a jóvenes que estuvieron en la misma situación y la mejoraron notablemente para liderar y motivar a los jóvenes en las actividades.
- € Antes y después de la realización de las actividades se puede iniciar un diálogo con los jóvenes basándose en la actividad y sobre la necesidad de evitar el consumo de inhalantes antes y después de realizar actividades deportivas, advirtiéndoles de los riesgos de afectación cardíaca crónica (e incluso mortal) antes y después de realizar esfuerzos físicos fuertes.
- € Aprovechar el momento para valorar la ventaja de una dieta y vida sana para la mejora en el rendimiento en las actividades deportivas.
- € Intentar vincularlos a un modelo de vida sana mediante publicidad de marcas atractivas para los jóvenes (anuncio de Adidas sobre el deporte sano, etc.).

4.3. Recomendaciones finales:

Para terminar insistimos otra vez en 7 premisas que se deben tener en cuenta al iniciar un trabajo de prevención de drogas con menores y jóvenes:

≠ El educador/la educadora, en la medida en que es una persona de referencia para el joven o menor, debe tener en cuenta que actúa, muchas veces sin ser consciente de ello, como **modelador de conductas para el joven**. En este sentido es necesario que el educador / la educadora pueda reflexionar constructivamente sobre sus propias pautas de consumo y sobre como estas determinan la manera en que lleva acabo la prevención de drogas. Todas las posturas (tanto las puristas de no consumo como las permisivas) parten de una **concepción particular de las drogas** que aunque sea la valida para el educador / educadora puede no serlo para los jóvenes.

≠ En consecuencia, será importante que el educador / la educadora sean **coherentes con los mensajes preventivos** que utilicen con los jóvenes. En el caso que el educador / la educadora consuma alguna sustancia, será importante que evite hacerlo en presencia del menor o joven.

≠ Cada persona tiene una sensibilidad particular a las sustancias de manera que es posible que una misma sustancia y una misma dosis afecten de diferente manera a personas diferentes.

≠ El peligro no radica en la sustancia en sí, sino en la relación que se establezca con la sustancia. Es decir, un consumo puntual no es la cuestión que debe preocupar sino aquel consumo asiduo, abusivo y habitual.

≠ Respecto al consumo de drogas, será inevitable y necesario, en muchas ocasiones, afrontar y asumir la existencia del consumo y por lo tanto considerar la posibilidad de trabajar para reducir los daños¹⁵ de este consumo.

≠ No utilizar en ningún caso el miedo como herramienta preventiva, ya que las amenazas bloquean las vías de comunicación y no son en absoluto efectivas para reducir o prevenir el consumo, ni a corto ni a largo plazo.

≠ El educador / la educadora debe conocer mínimamente las sustancias y sus efectos para poder afrontar la tarea de la prevención con el joven. En el caso que el educador / la educadora desconozca alguna sustancia es importante que no ponga en evidencia su desconocimiento ante el joven ya que éste lo desacreditara fácilmente como interlocutor válido en relación a las drogas.

¹⁵ La reducción de daños o de riesgos va encaminada a educar a los consumidores para minimizar los daños derivados del consumo de drogas que consumen. Es decir, promover un consumo de drogas lo menos dañino posible.

≠ Cuando el educador / la educadora informe al joven sobre los riesgos y efectos de las sustancias que quiera prevenir, será importante **no avanzar información que el joven pueda desconocer**, ya que con ello puede estimular el interés por otras sustancias. En el caso que el joven no consuma, es preferible hablar del tema sin hablar de drogas concretas, sino utilizando un planteamiento más generalista.

Bibliografía:

El presente manual ha sido elaborado con la ayuda de una psicóloga experta en prevención de drogas y un mediador cultural marroquí experto en menores inmigrantes sin acompañamiento familiar. Se ha contado también con la colaboración de otros profesionales expertos en prevención de drogas y expertos en el trabajo con menores inmigrantes sin acompañamiento familiar en Barcelona.

Bibliografía consultada:

JUSTIDIATA, *“Los menores extranjeros indocumentados no acompañados (1998-2002)”*, Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya, núm. 35 - Abril del 2003 revista.

Comas M., *“L’atenció als menors immigrants no acompanyats a Catalunya. Anàlisi de la realitat i propostes d’actuació”*, , 2001; Fundació Jaume Bofill.

Tellier A., *Les conceptions religieuses à l’égard de la Toxicomanie;* Reflexion, nº 1, marzo 2000.

Material referente a inhalantes volátiles del Master en drogodependencias de la Universidad de Barcelona.

Alarcón P., C. *Aspectos de la prevención, detección precoz y tratamiento de las drogodependencias por disolventes*. Comunicación a las XII JORNADAS de Socidrogalcohol. Granada, 1984.

Alarcón P., C. y Rodríguez-Martos D., A. *Abuso de inhalantes volátiles*. (1987), 1ª y 2ª parte Fons Informatiu Programa DROSS.

Alarcón P., C. MASTER de DROGODEPENDENCIAS de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, 1999.

Programa Ollín - Universidad Autónoma Nacional de México.

Webs consultadas sobre los inhalantes:

<http://www.fad.es/sustancias/index.htm>

<http://www.inhalants.org>

<http://www.une.edu.ve/pnhp/info.html>

<http://www.latinsalud.com/Temas/inhalantes.htm>

<http://www.casa-alianza.org/ES/street-children/glue/overview.shtml>

<http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/CDM%202-3.htm>

<http://www.nida.nih.gov/Infofax/Inhalants-Sp.html>

Artículos consultados:

Reyes del Olmo, P., y García Rosete, J. *Los menores inhaladores* (aspectos psicosociales).

NOTAS DEL LECTOR: