

Prevención secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis

Secondary prevention in young consumers of synthetic drugs

RÍO GARCÍA, B., y GAZOPO BEAZKOETXEA, I.

Educadoras de calle del Equipo de Prevención de Etorkintza. Fundación Etorkintza. Equipo de Prevención Bilbao.

RESUMEN: *Objetivo:* apoyar a los jóvenes consumidores y usuarios de drogas de síntesis a fin de prevenir situaciones de deterioro personal y exclusión social.

Métodos: para el desarrollo de este proyecto es necesario aunar tanto esfuerzos como recursos, por ello se han estimado dos vertientes: 1. Relación directa entre los educadores y jóvenes clientes. 2. Buscar y potenciar la colaboración e influencia con otros agentes que tienen relación con estos jóvenes.

Resultados: dada la dificultad para la cuantificación de los resultados se ha propuesto un sistema de indicadores categorizados de mayor a menor problemática. Estos indicadores hacen referencia al nivel de consumo, situación ocupacional, situación judicial y recursos personales relacionales.

Conclusiones: la existencia de un vacío en cuanto a la intervención de nivel secundario destinado a jóvenes con consumo de drogas de síntesis nos ha llevado a la comprobación de que a través de una relación educativa-afectiva entre el joven y educador es posible la intervención.

PALABRAS CLAVE: Prevención secundaria. Apoyo social. Drogas de síntesis. Conducta adolescente. Subcultura social. Trabajo directo con jóvenes en calle.

ABSTRACT: *Target:* support the young consumers and users of synthesis drugs to prevent situation of personal deterioration and social exclusion.

Methods: for the development of the project it is necessary to join efforts as well as resources, to what have estimated two angles: 1. Direct relation between the educator and the young clients. 2. Look for and strengthen the cooperation and influence of other agents in relation with these youngsters-

Results: due the difficulty of quantify the results it is been proposed an indicator system categorized from higher to smaller problematics. These indicators made reference to a level of consumption, occupational situation, judicial situation and personal relational resources.

Conclusions: the existence of a gap in means of the intervention of a second level assigned to youngsters with a synthesis drugs consumption has taken us to verify that through an educative-affective relation between the youngster and the educator it is possible the intervention.

KEY WORDS: Secondary prevention. Synthetic drugs. Social support. Adolescent behavior. Subculture social. Direct work with youngs in the street.

Introducción

Correspondencia:

BEGOÑA RÍO GARCÍA.
Fundación Etorkintza.
Equipo de Prevención.
C/ Plaza Zabálburu, 2 Bis, 1.^o dcha.
48003 Bilbao.
e-mail: gorkae@clientes.euskaltel.es

El consumo de las llamadas «drogas de síntesis» no es nuevo, sino que sustancias tales como las anfetaminas, el *speed*, el LSD e incluso el MDMA, son conocidas en España desde la década de los 70. Sin embargo, desde finales de la década de los 80 y principios de los 90 se ha producido un cambio fácilmente apreciable:

- Un incremento notable en su uso.
 - Aparición y desarrollo de una nueva forma de subcultura juvenil, promotora del uso de estas drogas. Se inicia la moda a mediados de la década de los 80 sobre todo en las zonas turísticas del Levante y de las Islas Baleares, en torno a las fiestas y macrofiestas y a una determinada música.
- En nuestra propuesta teórica de partida, el uso de drogas depende de un conjunto de elementos que se pueden ordenar en tres grupos: las drogas y sus efectos, los factores personales y sociales de riesgo relacionados con los significados sociales.

Estas drogas, con sus efectos estimulantes provocan y favorecen una serie de comportamientos que son valorados positivamente por determinados grupos de jóvenes que son pertenecientes a ciertas subculturas. No debe de interpretarse esto como una expresión meramente utilitarista de las drogas, ya que la utilidad sólo es entendible dentro de un comportamiento, a su vez soportado por unos determinados valores culturales muy concretos y no por beneficios generalizados a otros niveles de necesidad, es decir, estas drogas pueden ser útiles para estar una noche bailando, pero tiene que haber una cultura que imponga esta actividad como valor positivo.

Básicamente, la droga se consume porque dentro de una subcultura o ámbito subcultural su uso está envuelto de significados positivos. El nacimiento y la extensión de estas subculturas hacen atractivo el uso de esas sustancias. En este caso, se han sustituido gran parte de los valores contraculturales de los otros movimientos juveniles, no sabemos si por reacción o por necesidades de diferenciación o por el efecto de modas audiovisuales, por otros valores más presentistas, hedonistas y materialistas, donde lo importante son los signos más externos y superficiales que además son sustentados por este tipo de sociedad de consumo.

En la actualidad, proporciona muy altas de jóvenes en torno a un 10%, manifiestan haber usado estas drogas. Sin embargo, este acercamiento no supone por sí mismo un uso habitual ni un abuso. Para encontrar la etiología del abuso de estas drogas no podemos reducir la explicación al atractivo de estas sustancias dentro de su ámbito cultural, porque si bien muchos las prueban, sólo un 3% pasan a consumirlas habitualmente, y dentro de ellos, «pocos» son los que acaban abusando y teniendo problemas. Por lo tanto, tenemos que prestar atención a otras dificultades que se concretan en la persona, que denominamos como factores de riesgo personales:

- Los déficit personales relacionados con dificultades en el desarrollo de su personalidad.
- Las dificultades para insertarse en la sociedad que

están presentes en determinados grupos de adolescentes.

Por otra parte, esos mismos déficit y dificultades les hacen más vulnerables a la seducción de lo que estas drogas representan, al permitirles compensar sus carencias por los valores que envuelve dicho uso (sentirse diferente, estar a la moda, «no ser un pringao...»)

Estas subculturas ofertan a dichos jóvenes la posibilidad de destacar o al menos, de ser alguien en su mundo, compensando su «frustración de status»¹ a través de los signos externos de lujo (ropa, música, discotecas, coches...)

Drogas de síntesis. Aspectos generales

Descripción de las drogas de síntesis más utilizadas por los jóvenes: Estimulantes sintéticos

Sulfato de anfetamina

Es la sustancia conocida con el nombre de *speed*¹. El desarrollo de la anfetamina obedeció a un propósito inequívocamente terapéutico: para aliviar los síntomas del asma. A comienzos de los años veinte un farmacólogo llamado Chen que trabajaba para los laboratorios Lilly de Indianápolis empezó a estudiar una planta llamada ma huang. Ésta solía aparecer descrita como útil para el tratamiento del asma. Chen y otros químicos consiguieron aislar el ingrediente activo, una sustancia de estructura similar a la epifedrina y le dieron el nombre de efedrina. Pasó a ser el tratamiento del asma. Dada la escasez de la planta ma huang los químicos se vieron obligados a buscarle a su extracto algún sucedáneo sintético. Así se llegó a sintetizar la anfetamina. Comenzó a venderse en inhaladores y el consumo fue abusivo, algunos comenzaron a abrir los inhaladores y consumir oralmente su contenido. El *speed* «elimina» la somnolencia y «anima» a los cansados.

Los principales efectos son: estado de alerta, euforia, supresión del apetito y peligrosa psicosis.

Quienes los toman suelen describir la euforia que les producen en términos de sensaciones de energía, fuerza y claridad mental. Pocas dudas hay de que estos compuestos inmunizan temporalmente contra la fatiga y dotan al sujeto de una resistencia física y mental mucho mayor de la que normalmente exhibe.

La pureza de esta sustancia en la calle suele ser

¹Término utilizado por Robert K. Nerton para explicar el sentimiento de los jóvenes de clases bajas americanas, que viven en un mundo que les ofrece una posición social y muchos bienes de consumo, ligados a ellas, pero que a su vez les limita e incluso les impide el acceso por las escasas posibilidades que les ofrece.

baja. Los agentes principales de corte son azúcares (lactosa, glucosa, manitol), cafeína y paracetamol. Se desarrolla una gran dependencia psicológica y una tolerancia alta. Los efectos psicoactivadores son parecidos a los del MDMA.

Las metilenodioxianfetaminas

Las metilenodioxianfetaminas (MDA, MDMA, MDEA, MDE.), variantes metoxiladas abandonadas en su día por la industria farmacéutica y resintetizadas de forma clandestina en la actualidad, son las drogas de síntesis por anonomasia, especialmente la 3,4 metilenodioximetanfetamina (MDMA) conocida en el argot como «XTC», «MDM», «ÉXTASIS», «ESTASY», «DROGA DEL ABRAZO» O «ADÁN».

Es el grupo más numeroso y mejor conocido en España y para muchos las verdaderas drogas de síntesis. Se denominan también «análogos de la mescalina» al ser ésta el prototipo de droga de abuso con estructura de feniletilamina, molécula tipo de las catecolaminas endógenas y de la mayor parte de las aminas simpaticomiméticas.

La mescalina (3,4,5 trimetoxifeniletilamina) del peyote se incluye dentro del grupo de las drogas psicodélicas o alucinógenas. Sin embargo, no existe una línea divisoria bien marcada que separe los alucinógenos de otras clases de drogas de acción central. De hecho, estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC) entre otros pueden inducir cuadros delirantes y alucinatorios. De ahí que a los análogos de las anfetaminas se les conozca como «anfetaminas alucinógenas» pese a que en realidad no todas producen verdaderas alucinaciones a las dosis habituales, sino más bien alteraciones en la percepción.

Efectos psicofarmacológicos de las drogas de síntesis

Desde el descubrimiento de este tipo de drogas, se han descrito alrededor de 50 sustancias derivadas de las feniletilaminas con diversos efectos de diferentes niveles de toxicidad quedando englobadas bajo el nombre de Drogas de Diseño (todas aquellas sustancias creadas en un laboratorio con la finalidad de obtener una determinada actividad biológica).

A partir de una molécula de anfetamina y mediante la modificación, adición o sustitución de grupos metilo podemos conseguir fármacos con mayor o menor efecto estimulante, anorexígeno o alucinógeno. En general son sustancias de síntesis ilegal con estructura y acción farmacológica similar, a caballo entre las anfe-

taminas y los alucinógenos del tipo LSD.

El MDMA actúa sobre diversas aminas del sistema nervioso central, fundamentalmente en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Las acciones neuroquímicas del MDMA difieren en distintos aspectos de las del prototipo anfetamina y de las de los análogos con propiedades alucinógenas.

En el SNC, el MDMA es un potente inductor de la liberación de dopamina y serotonina, inhibe la recaptación de estas aminas y actúa específicamente como agonista de los receptores 5-HT².

Los efectos agudos más destacados del consumo de éxtasis son una euforia de tipo anfetamínico e intensa emotividad, que provocan una disminución del umbral del cansancio (tabla I). Como efectos específicos se ha descrito la mayor facilidad para el contacto interpersonal y la comunicación, asociadas a una hiperestesia táctil y aumento de la capacidad de empatía. Los comportamientos agresivos o pasivos son infrecuentes entre los consumidores de éxtasis. Estas propiedades han llevado a incluirlas en un grupo llamado «sustancias entactógenas», definidas como aquellas que facilitan la introspección. También se produce un incremento general de la actividad psicomotora, sobre todo a nivel de tareas simples y repetitivas, que podría explicar la asociación del consumo de drogas de diseño a una música tan repetitiva como la «música Mákina».

A nivel sexual se han mitificado estas sustancias basándose en esa capacidad de facilitar la empatía, pero a nivel de experimentación se ha demostrado que provocan un incremento del sentimiento de vinculación afectiva, pero no aumentan ni la actividad ni la iniciativa.

Tabla I. Efectos agudos del MDMA que aparecen horas después a la ingesta

Sensación subjetiva	% Sujetos
Sensación de pertenencia grupal	90%
Trismus	75%
Taquicardia	72%
Bruxismo	65%
Sequedad labios	61%
Alerta	50%
Luminiscencia de objetos	42%
Tremor	42%
Palpitaciones	41%
Diáforesis	38%
Concentración	38%
Parestesias	35%
Flashes de frío/calor	31%
Sensación de frío	27%
Mareo/Vértigo	24%
Alucinaciones visuales	20%
Visión borrosa	20%

Tabla II. Efectos subagudos del MDMA que aparecen al menos 24 horas después a la ingestión de la sustancia

Sensación subjetiva	% Sujetos
Somnolencia	36%
Dolor muscular y fatigabilidad	32%
Acercamiento a otros	22%
Depresión	21%
Contracción mandíbula	21%
Dificultad concentración	21%
Dolor de cabeza	17%
Sequedad labios	14%
Ansiedad/Temor/Miedo	12%
Irritabilidad	12%

tiva, produciéndose un retardo en la eyaculación y dificultad para mantener la erección. El éxtasis, todo lo más, aumentaría los aspectos sensuales de la relación pero no los sexuales.

La dosis habitual de consumo viene a oscilar entre 50 y 80 mg, encontrándose intoxicaciones en dosis superiores a los 100 mg. Los efectos de estas sustancias suelen durar de 3 a 4 horas, aunque algunos síntomas pueden permanecer unas horas más, sobre todo en lo relativo a los trastornos del sueño (tabla II).

Es interesante señalar que el MDMA ha gozado de una cierta reputación de sustancia segura o al menos de bajo riesgo para la salud, sin embargo la realidad es muy distinta; las drogas de síntesis no son lo que parecen.

Los acontecimientos adversos, generalmente de índole somática, que se han descrito, pueden ser el resultado de múltiples circunstancias: sobredosificación, consumo simultáneo de otras sustancias, adaptación orgánica por tolerancia aguda o sensibilización y/o

existencia de una determinada susceptibilidad individual, como una patología preexistente o una reacción alérgica.

El peligro de estas sustancias³ radica por un lado en los efectos tóxicos directos, similares a los de las anfetaminas, y por otro lado en el hecho de que el consumo de estos productos es del estilo de los «sobres sorpresa», en los que es imposible conocer sus componentes y su dosificación (tabla III). Lo habitual es la adulteración con otros estimulantes (cafeína, lidocaína, anfetamina), y la mezcla de varios tipos de sustancias (MDA, MDMA, MDEA), en un mismo comprimido con diferentes niveles de toxicidad y efectos impredecibles.

Además de esto hay que añadir que los consumidores de estas drogas suelen ser policonsumidores que asocian cannabis, alcohol, speed, cocaína, LSD, benzodiacepinas y últimamente heroína para mitigar los efectos de la bajada del speed y del éxtasis.

En cuanto a efectos adversos de tipo neuropsiquiátrico⁴ se han descrito, crisis de ansiedad y ataques de pánico, trastornos psicóticos de tipo paranoide y recurrencias de efectos o *flashbacks*. También se ha descrito algún caso de reacción catatónica postingestión, de varios días de duración, y secuelas subagudas de tipo depresivo-ansioso.

Entre los acontecimientos adversos graves de carácter sistémico destacan las alteraciones cardiovasculares como arritmias, asistolias y colapso cardiovascular.

Una de las circunstancias que parece facilitar o agravar los efectos tóxicos de la sustancia son las circunstancias en que se consume. El MDMA, sustancia hipertérmica, cuando es consumida en ambientes con elevada temperatura ambiental y poco ventilados (dis-

Tabla III. Toxicidad general de las feniletilaminas

Intoxicación aguda	Consumo crónico	Alteraciones analíticas
Ansiedad	Cardiomielopatías	Leucocitosis
Agitación	Espasmos vasculares difusos	Hiperglucemia
Temblores	Reacciones pirógenas	Aumento plasmático CPK,
Convulsiones	Psicosis paranoide	CI, PO4 K, BUN
Rigidez muscular		Disminución CO3H
Hiperreflexia		
Midriasis		
Diaforesis		
Hiperpirexia		
Hemorragias intracraneales		
Rabdomiólisis		
CID		
Ira		
Necrosis hepática		

cotecas), por personas que bailan muchas horas seguidas y que no reponen adecuadamente la pérdida de fluidos podría dar lugar a un síndrome del tipo «golpe de calor» que podría derivar hacia complicaciones más graves. Este proceso, responsable de buena parte de los casos de muerte relacionados con el uso de MDMA, se caracteriza por cansancio, sensación de mareo, dificultades para orinar, ausencia de sudoración y calambres.

La persona que ha tomado éxtasis, por lo tanto, bebe grandes cantidades de agua al mismo tiempo que «no orina». La concentración de sales (sodio y potasio), en su sangre disminuye porque se diluyen. La hipertermia que produce la droga, más el calor del ambiente aumentan la sudoración y con ello se pierden todavía más sales. En consecuencia, se presenta un cuadro tóxico caracterizado por profunda alteración de la conciencia, agitación y sobreestimulación simpática. Los cuadros clínicos más graves se caracterizan por presentar hipertermia, a veces convulsiones y un cuadro evolutivo de rabdomiólisis, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda.

Potencial de abuso y dependencia

Este es un tema objeto de controversia. La FDA como la OMS opinan que su consumo genera abuso y dependencia, mientras que algunos científicos coinciden en afirmar que el MDMA no causa dependencia física y que su potencial de abuso es bajo. Incluso el Juez de la DEA coincidió en esta opinión⁵. En lo que sí que hay una unanimidad universal es en que el MDMA no produce síndrome de abstinencia al dejar de consumirla.

La tolerancia es la tendencia de una persona a construir una resistencia a los efectos de una sustancia psicoactiva al consumirla de forma repetida. El éxtasis produce una tolerancia que aumenta rápidamente ante administraciones consecutivas. Se acepta comúnmente que una vez por semana es la frecuencia máxima con que es posible consumir MDMA sin que disminuyan sus efectos. No es de extrañar pues, que sea conocida como droga de fin de semana. Sí se ha descrito el desarrollo de tolerancia, de forma que algunos consumidores ingieren dosis cada vez más elevadas de MDMA con el fin de alcanzar los efectos subjetivos experimentados inicialmente, fenómeno que predispone a un mayor riesgo de efectos tóxicos. Pero no se dispone de referencias sobre la aparición de sintomatología por dependencia física ni tampoco de consumo compulsivo continuado. En general se describe una autolimitación de su consumo en el tiempo, abandonan el consumo ya sea por cansancio, desinterés o al-

gún que otro susto.

Fenómeno de las drogas de síntesis

Su origen podemos encontrarlo en los archivos de un laboratorio farmacéutico⁶. El MDMA fue originalmente obtenida en diciembre de 1912 por la compañía farmacéutica alemana Merck buscando emplearla como anorexígeno. Sin embargo, aunque llegaría a estar patentada, nunca llegó a estar disponible comercialmente.

La siguiente referencia sobre el éxtasis data de 1953, siendo empleada junto a otras sustancias en ensayos toxicológicos efectuados en la Universidad de Michigan. Estas investigaciones tenían por objeto evaluar su potencial toxicidad en distintas especies animales.

En los años 60, dos químicos polacos, Biniecky y Krajewski, habían publicado sus descubrimientos sobre nuevas vías que permitieran la síntesis de las sustancias. El farmacólogo Alexander Shulgin se interesó por la sustancia. Fue uno de los primeros en resintetizar el MDMA en 1965, experimentando con ella. Shulgin en 1978 señaló por primera vez en una publicación que dicha sustancia presentaba unos efectos psicoactivos que eran desconocidos hasta entonces por la comunidad científica.

En estos años el MDMA permaneció restringido a núcleos de usuarios recreativos de psicodélicos o fue empleado por los investigadores y psicoterapeutas como agentes psicoactivos.

Es también en la década de los 70 cuando se inicia en Estados Unidos la difusión de su consumo de forma «recreativa» en pequeños núcleos de usuarios, así como su utilización por un pequeño grupo de psicoterapeutas de la costa Oeste como coadyuvante psicoterapéutico, en terapias individuales y grupales en razón de sus supuestas capacidades para aumentar el «insight» y facilitar la expresión emocional y la comunicación.

Es alrededor de 1970 cuando un grupo de químicos, apoyados económicamente por pequeños empresarios deciden comenzar a manufacturar MDMA instalando un laboratorio en California y proponiéndose en aquel momento distintos nombres para la sustancia: «Adam», «Love drug», «XTC», «MDM», «Venus», «Doctor» y otros.

El MDMA se vendía inicialmente acompañado de algún folleto donde, además de algunas recomendaciones sensatas, se recogían supuestas investigaciones científicas y abundantes mitos de la literatura under-

ground de los 60. Este laboratorio distribuía en EE.UU. en el año 1976 unas 10.000 dosis/mes. Tres años más tarde se había incrementado a 30.000 dosis/mes y en 1985 a 500.000 dosis/mes, estando disponible además de California en otros 21 Estados, en Canadá e iniciándose también en este año la distribución en Europa.

En 1984 la OMS solicita información sobre el abuso de determinadas feniletilaminas descubriendo que el MDMA aparecía frecuentemente en listados de sustancias decomisadas, y en julio de ese mismo año la Drug Enforcement Administration sugiere su inclusión en la lista I de sustancias controladas.

Algunos profesionales que venían utilizándola durante años solicitarán su inclusión en la lista III, lo que supondría aceptar su eventual potencial terapéutico y continuar investigando con ella.

La ilegalización de una sustancia que habitualmente había resultado un procedimiento administrativo rutinario se complicará aquí durante tres años ya que la DEA opta en julio del 1985 mediante un procedimiento urgente por su inclusión en la lista I. Sin embargo, en septiembre de 1987 la Corte que lleva este caso acepta una apelación y revoca la decisión declarando incorrecto el procedimiento administrativo mediante el que se ilegalizó, debiendo la DEA reiniciar el proceso y consiguiendo en marzo de 1988 su definitiva inclusión en la «Controlled Substances Act».

En cualquier caso el status legal del MDMA parece no estar definitivamente resuelto, ya que los partidarios de su empleo terapéutico han conseguido que la FDA apruebe un protocolo de la universidad de California- Irvine para su experimentación en voluntarios de cara a un eventual uso en pacientes cancerosos terminales.

El éxtasis en España

El consumo de MDMA y análogos aparece en España en 1978 en zonas turísticas del Levante en torno a las macrofiestas y a una determinada música. Desde este año hasta finales de la década de los ochenta permanece un consumo restringido en ciertos ambientes.

A comienzos de la década de los noventa se extiende el consumo de comprimidos y cápsulas que pretendidamente contienen MDMA y se amplía enormemente la curiosidad y el deseo por probar esas sustancias.

La masificación del consumo de éxtasis supone también su extensión a zonas donde era desconocido,

incluidas zonas del interior peninsular, a entornos provincianos e incluso rurales. Se van ampliando las redes de distribución y consumo, las cuales completan el mapa y abarcan crecientemente toda la geografía española. Empiezan a repetirse los casos de intoxicación clínica, las secuelas indeseadas por el uso de éxtasis que en varios casos producen la muerte de los usuarios.

El 14 de junio de 1994 el Tribunal Supremo establece en una sentencia que el éxtasis es una droga que produce «grave daño a la salud» con lo cual pasaba a ocupar un lugar entre las drogas que el Código Penal tipificaba como «drogas duras».

Cada vez son más los datos que reflejan la expansión, en estos últimos años, del consumo de drogas sintéticas entre adolescentes y jóvenes.

La expansión de su uso se ve favorecido por diversas razones:

- Es una sustancia relativamente fácil de hacer en un laboratorio, por lo que resulta más barata que otros estimulantes como la cocaína.

- El éxtasis abre posibilidades para aquellos que rechazan el consumo de drogas por otros rituales más establecidos (inyectada, fumada, etc.) y dota de una legitimidad que no tienen otros contextos, es un consumo más sencillo y menos visible, ya que las sustancias aparecen en forma de comprimido, decoradas con diversas figuras del mundo de la publicidad, cine y televisión haciéndolas más atrayentes para el consumidor.

La situación actual es que junto al consumo de drogas de síntesis aparecen luces, música, indumentarias, saludos y otros elementos formales que se repiten de tal forma que estas sustancias serían como un ingrediente identificadorio más de una subcultura juvenil que las utiliza.

Según la encuesta del Plan Nacional para 1999 el 2,4% de la población española comprendida entre 15 y 65 años afirma haber probado éxtasis alguna vez, un 0,8% las ha consumido en el último año y un 0,2 en el último mes.

El incremento en los decomisos de éxtasis, speed y alucinógenos en los últimos años demuestra la correlación entre la oferta en el mercado y la demanda por parte de ciertos sectores de población.

Comienza a darse una relación entre muerte e ingestión de estas sustancias; en concreto desde el año 1997 se han producido varias muertes, lo que lleva a pensar en la adulteración de la droga o en la susceptibilidad individual ante la sustancia tales como una reacción alérgica o pirógena y aparecen cada vez más problemas psiquiátricos.

Las pastillas tienen una gran diversidad de colores (verdes, blancas, tono crema, moteadas), dibujos (símbolo de coches, rostros de dibujos animados...) e incluso cambian de forma (redondeada, plana...). La variedad exterior de las pastillas viene acompañada de una intensa variedad en los contenidos. Hay una gran variedad en el contenido de unas pastillas y otras, incluso en pastillas de aspecto semejante.

Casi el 80% de las pastillas y cápsulas que se consumen hoy contienen uno de los cuatro derivados anfetamínicos: MDA, MDMA, MDEA, MBDB. En la mayor parte de las analíticas de pastillas realizadas en diversos estudios el derivado que más aparece es el MBDB.

Las cápsulas y comprimidos analizados dentro de la muestra recogida contienen aparte de los citados derivados anfetamínicos otras sustancias legales o ilegales, como anfetamina, cafeína, dispirona, paracetamol, ácido acetilsalicílico (tabla IV). Los diluyentes más frecuentes son carbohidratos: lactosa, glucosa y el manitol.

Es clara, la demanda social ante el problema del deterioro en jóvenes consumidores de drogas de diseño.

Sin embargo, en la mayoría de los casos el sujeto no acude por propia voluntad al recurso, en muchas ocasiones únicamente acude su familia, al no ser él consciente del problema.

Desarrollo de la intervención

Equipo de trabajo

Para el desarrollo de este proyecto se plantea la necesidad de aunar tanto esfuerzos como recursos para dar una respuesta adecuada al problema. De tal manera, que los resultados respondan a la actuación coordinada de diversas entidades y mediadores del municipio que directa o indirectamente tienen alguna competencia en este ámbito.

En la actualidad distinguimos dos equipos:

A: El *Equipo motor* formado por dos personas con dedicación exclusiva, asume el peso del programa y todo el trabajo directo con respecto al ámbito de intervención en calle y a la intervención en los recursos asistenciales y judiciales. Sus funciones

Tabla IV. Resultados analíticos de muestras de pastillas que hemos adquirido en el marco de nuestro trabajo

MUESTRAS: 6 comprimidos y dos cápsulas.

N.º LABORATORIO: 2483.

TÉCNICA ANALÍTICA: Cromatografía de Gases-Espectometría de Masas.

MUESTRA N.º 1:

- Cápsula granate conteniendo polvo de color blanco.
- Peso del contenido: 0,3364 g.
- Se ha identificado en la muestra «DISPIRONA».

MUESTRA N.º 2:

- Comprimido de color blanco. Dibujo «calavera»/Inscripción «Killers».
- Peso del comprimido: 0,3556 g.
- Se ha identificado en la muestra «MBDB» y «CAFEÍNA».
- MBDB: N-METIL-1 (1,3 Benzodioxol-5 y 1) butanamina.

MUESTRA N.º 3:

- Comprimido de color blanco. Dibujo «Fido-Dido».
- Peso del comprimido: 0,3462 g.
- Se ha identificado en la muestra «MBDB» Y «CAFEÍNA».
- MBDB: N-Metil-1 (1,3 Benzodioxol-5 y 1) Butanamina.

MUESTRA N.º 4:

- Comprimido de color blanco. Dibujo «Hoz y Martillo»
- Peso del comprimido: 0,2773 g.
- Se ha identificado en la muestra «MBDB» Y «CAFEÍNA».
- MBDB: N.Metil-1 (1,3 Benzodioxol-5 y 1) Butanamina.

MUESTRA N.º 5:

- Cápsula roja y blanca conteniendo polvo de color blanco.
- Se ha identificado en la muestra «MDMA».
- MDMA, Éxtasis, Adán: N,& - Dimetil-3,4 (Metilendioxí) Feniletilamina.

MUESTRA N.º 6:

- Comprimido de color beige. Sin dibujos e inscripciones.
- Peso del comprimido: 0,3840 g.
- Se ha identificado en la muestra «MDMA».
- MDMA, Éxtasis, Adán: N,& - Dimetil-3,4 (Metilendioxí) Feniletilamina.

MUESTRA N.º 7:

- Comprimido de color beige. Sin dibujos e inscripciones.
- Peso del contenido: 0,3007 g.
- Se ha identificado en la muestra «MDMA»
- MDMA, Éxtasis, Adán: N,& - Dimetil-3,4 (Metilendioxí) Feniletilamina.

MUESTRA N.º 8:

- Comprimido de color beige. Sin dibujos ni inscripciones.
- Peso del contenido: 0,3084 g.
- Se ha identificado en la muestra «MDEA».
- MDEA, Eva: N-Etil-&- Metil-3,4 (Metilendioxí) Feniletilamina.

son:

- Detección de la población consumidora.
- Su ubicación física en la calle.
- Motivar a los jóvenes para que logren asumir su situación-problema.
- Acompañamiento a diferentes recursos.
- Seguimiento en aquellos jóvenes cuya situación ha variado.
- Trabajo educativo.
- Relación y coordinación con diferentes recursos.
- Planificación de actividades o alternativas al tiempo de consumo.
- Responsables del desarrollo del estudio, de la recogida de información.
- Elaboración de informes.
- Colaboración con todos los servicios con los cuales tienen relación estos jóvenes.

B: El *Equipo supervisor* formado por otras dos personas con dedicación parcial, asume la dirección técnica del proyecto supervisando la labor del equipo motor y el peso de la intervención en el ámbito de las entidades que se relacionan habitualmente con jóvenes consumidores de drogas de síntesis.

Destinatarios de la intervención

En la intervención distinguimos dos tipos diferentes de destinatarios:

- A) Jóvenes usuarios habituales de drogas de síntesis.
- B) Mediadores Sociales: personal de recursos que pueden tener relación con estos grupos de jóvenes.

A) Jóvenes usuarios habituales de drogas de síntesis

Con los jóvenes usuarios de drogas se pretende ensayar nuevas vías de trabajo, con todo lo que ello implica; desde el acercamiento hasta el trabajo educativo, pasando por todo el proceso de diagnóstico.

Es importante atender al período de la adolescencia y preadolescencia, ya que en ella se producen grandes cambios a nivel personal y desde la perspectiva social:

1. El pensamiento del joven comienza a diferenciarse del adulto y se realiza un esfuerzo por independizarse y marcar diferencias, por eso en pocos años se presentará un conflicto con respecto a los valores y normas de los adultos.

2. Última fase del desarrollo fisiológico muy relacionado con la sexualidad y el descubrimiento de nuevos placeres. Es fácil que bajo esas situaciones se desarrolle una búsqueda de sensaciones, sobre todo, lo que produce placer o gratificaciones inmediatas (con-

sumos de drogas).

3. El joven no acepta los roles de niño dependiente, pero tampoco puede asumir los de adulto como tal, el resultado es que no tiene una identidad clara y ante esa carencia se produce un proceso de búsqueda de identidad, en la cual juegan un papel importante los iguales, los amigos, que comparten con él la misma situación. Eso explica la importancia que tienen en los jóvenes los fenómenos gregarios como las modas, tribus,... que son una respuesta ante la necesidad de identificarse con algo diferenciado (subculturas juveniles) y que cumplen la finalidad de proporcionar a los jóvenes una identidad transitoria.

La dificultad no está ni en la existencia ni en la pertenencia a la subcultura, sino que está en relación con dos aspectos del grupo:

— Relación que se establece entre el grupo y el individuo. El grupo puede no ser respetuoso y favorecer actitudes autoritarias, sumisas o pasivas incrementando las dificultades.

— Hay que tener en cuenta el estilo de vida que vaya creando el grupo, en el que puede jugar un papel importante el uso de drogas.

En definitiva, desde el punto de vista psico-social o antropológico podemos concluir que para que el consumo de una sustancia se produzca el joven debe estar inmerso (pertener o estar relacionado...) en un espacio cultural (subcultura) que proporcione significado positivo al uso de dicha sustancia y, por lo tanto, una de las claves del trabajo preventivo puede estar en «desmontar» desde dentro de la subcultura los mitos favorables al abuso.

A lo largo del desarrollo del trabajo se ha podido comprobar que es imposible englobar a todos los jóvenes consumidores de drogas de síntesis en un perfil tipo, ni siquiera a los consumidores de una localidad determinada. Nos encontramos con bastantes diferencias en torno al patrón de consumo, nivel formativo, situación familiar, nivel de deterioro, personalidad, controlabilidad...

Sin embargo, aunque cada joven responda a una realidad diferente, existen algunas *características comunes* en la mayoría de ellos:

— La subcultura juvenil a la que pertenecen está llena de elementos repetitivos que ellos consideran identificatorios, como:

- Música: bakalao, trance y derivaciones de éstas.
 - Vestimenta: ropa de marca y deportiva.
 - Peinado: pelos rapados y de colores.
 - Lenguaje de calle.
 - Lugar de reunión los fines de semana: discotecas.
- Consumo: va asociado a todos los elementos repetiti-

tivos anteriores.

— Pertenecen a un nuevo estilo de ocio juvenil con una serie de características comunes:

- Ansiedad ante la espera del fin de semana.
- Conversaciones que giran en torno al consumo y la actividad del fin de semana.
- Falta de motivación por otras alternativas.
- Su patrón de ocio consumo se centra en el fin de semana, alrededor de la actividad lúdico-festiva.
- Hobbies: coches, motos, perros...
- Falta de ideología.

De los datos recogidos en las anteriores fases hemos podido extraer diferentes subgrupos dentro de la población destinataria.

Hablamos de *GRUPO* al referirnos a la población intervenida. Ahora bien, dentro de este amplio grupo se encuentran subgrupos de jóvenes con similares características en cuanto a período de consumo, cantidad de droga consumida, nivel de deterioro y necesidad de intervención:

Grupo A: Grupo de jóvenes que necesitan la acción directamente. Su período de consumo va de un año a cuatro años aproximadamente.

Grupo A.1: Jóvenes con graves deterioros psíquicos necesitados de una intervención externa. Su período de consumo es de cuatro años. Con los profesionales que se ocupan de ellos estamos en contacto y coordinación. A pesar de realizarse en otro lugar el tratamiento, han seguido teniendo el apoyo de los mediadores, sirviéndoles de acompañamiento afectivo, seguimiento y asesoramiento.

Grupo A.2: Este grupo no ha llegado al deterioro del grupo A.1. Su período de consumo es de un año aproximadamente y su actitud es de controlabilidad ante la sustancia. El objetivo fundamental sería actuar antes de que puedan llegar a sufrir deterioros e impedir que la evolución del consumo les lleve a acudir a centros asistenciales. Es muy importante en este caso la labor que desempeñan los mediadores desde un planteamiento educativo. Se trabaja la «Prevención específica de deterioro».

Grupo B: Grupos de jóvenes que comienzan a consumir drogas de síntesis de forma esporádica, haciendo consumos puntuales de un cuarto o media pastilla cada cierto tiempo. El objetivo de trabajo en este grupo es conseguir que ese consumo esporádico no llegue a convertirse en consumo habitual todos los fines de semana.

B) Personal de recursos que pueden tener relación con estos grupos de jóvenes.

Es necesario para el desarrollo de una acción eficaz contra el abuso de drogas de síntesis que se destine una parte del esfuerzo a los profesionales de dichos recursos, considerándolos como una población mediadora.

Dentro de estos destinatarios podemos distinguir dos grupos, el personal del *Módulo de Toxicomanías de Barakaldo y del I.R.S.E* con los que se viene trabajando desde la fase anterior y el personal de otros recursos con los que se han iniciado colaboraciones.

Fases de la intervención

El proyecto de trabajo con jóvenes consumidores de drogas de síntesis nace de una necesidad apreciada por profesionales que trabajan en equipos de educación de calle que, desde los inicios de esta década, se han venido encontrando con una situación cada vez más habitual: la de los adolescentes y jóvenes que a sus dificultades sociofamiliares suman el abuso de drogas de síntesis.

Ante esto, ciertos profesionales de Barakaldo deciden poner en marcha una experiencia que pudiera proporcionar un conocimiento más preciso del fenómeno y orientar futuras intervenciones.

Dicho trabajo se ha desarrollado en varias fases:

En una *primera fase*, que se prolonga durante un año —de noviembre del 96 hasta octubre del 97—, se realiza un estudio sobre este tipo de adolescentes y jóvenes en el barrio de Cruces. El objetivo de esa fase era el de mostrar cuáles eran aquellos aspectos relevantes que pudieran orientar una futura intervención, así como comparar los resultados de dicha investigación con los datos y observaciones aportados por otros estudios y autores. Los resultados más importantes de la primera fase han sido:

— Existe un número importante de adolescentes y jóvenes que usan habitualmente de este tipo de drogas. En el barrio de Cruces se contabilizaron más de 70 casos, lo cual supone el 3% de los 2.100 jóvenes

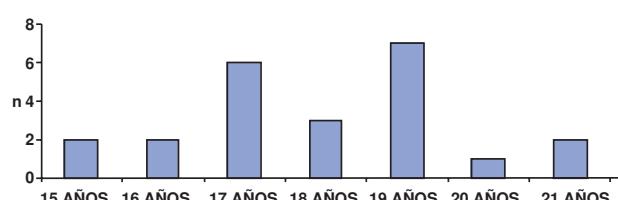


Figura 1. Edad de inicio de consumo en los jóvenes de la muestra.

del barrio.

— El porcentaje de jóvenes consumidores varones entre 15 y 20 años es mayor al de mujeres. En nuestro estudio el 26,09% eran chicas y el 73,91 % chicos.

— La edad de inicio en las drogas de síntesis dentro de la muestra comprende el intervalo 15-21 años, pero predomina el de 17 a 19 años (Fig. 1).

— El período de consumo de drogas sintéticas en los jóvenes estudiados va de seis meses hasta cinco años.

— Son jóvenes muy influenciados por la presión de grupo. En el 87,2% de la muestra aparece reflejado cómo los jóvenes necesitan verse integrados en su grupo de pares e imitan lo que hacen los otros. Además hay que añadir que se encuentran en una etapa difícil, la adolescencia, en la cual buscan la identificación con sus iguales.

— Todos los jóvenes estudiados son policonsumidores, simultanean más de una sustancia: éxtasis, sped, alcohol, cannabis, LSD, cocaína y algún caso extremo heroína (Fig. 2). Los consumos de drogas sintéticas son exclusivos en el fin de semana, en cambio el consumo de cannabis y alcohol es frecuente dentro de estos grupos de jóvenes entre semana. La cocaína está cogiendo importancia, paulatinamente siendo para muchos la sustancia preferida sobre todo fumada «crack».

— En los primeros artículos publicados sobre éxtasis y el perfil del consumidor aparecían jóvenes con niveles de estudios medios, estudiantes de bachillerato en muchos de los casos. Nuestro estudio aporta datos

en otro sentido, ya que el nivel formativo de la muestra es bajo, más de la mitad de los jóvenes, únicamente contaban con estudios primarios.

— Los jóvenes consumidores pertenecen a clases medias y medianas-bajas.

— Un factor coincidente en el 65,21% de los casos en cuanto al ambiente familiar que les rodea es la permissividad y falta de horarios. Por otro lado, un 34,78% había vivido la separación de sus padres.

— La supuesta inocuidad de la sustancia no aparece entre la opinión de un 52,17% de los sujetos que son conscientes de los efectos perjudiciales y del potencial adictivo que genera su consumo, sin embargo, estos evidentes riesgos no corresponden con su actitud, porque a pesar de todo siguen consumiendo. La sensación de autocontrol es experimentada en la mayoría de los casos, sensación que les lleva a desentenderse de las consecuencias negativas del consumo, atribuyéndolas a los demás.

— Como último dato a destacar el inicio en robos y «trapicheos» como medio para costearse los caros fines de semana en un 43,47% de los jóvenes.

— El nivel de estudios sigue manteniéndose bajo, hay un escaso porcentaje con graduado escolar (Fig. 3).

La *segunda fase* que abarca desde octubre del 97 hasta octubre del 98 tenía el objetivo de tantear la posibilidad de realizar un trabajo preventivo de corte educativo con los jóvenes consumidores de drogas de síntesis en medio abierto: *la calle*.

A grandes rasgos, las conclusiones más importantes de esta fase son:

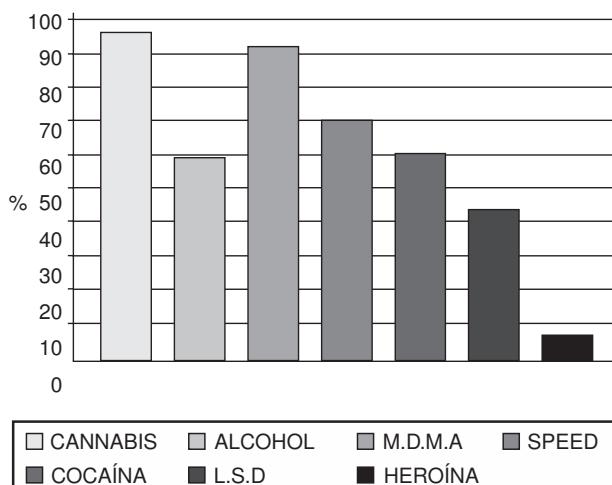


Figura 2. Drogas consumidas por los jóvenes usuarios.

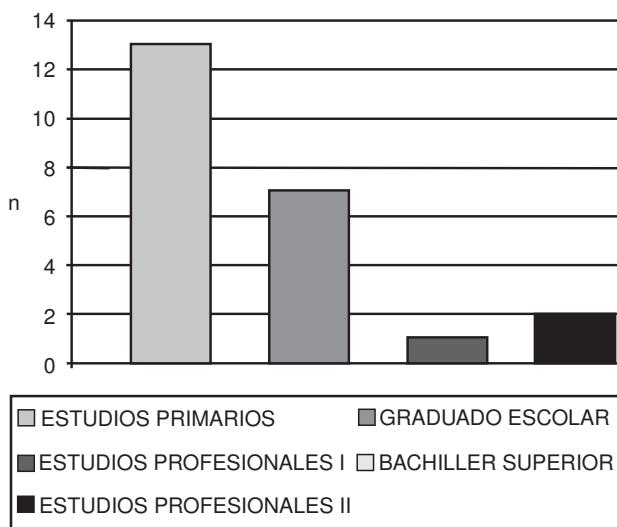


Figura 3. Nivel de estudios de los jóvenes de la muestra.

— Los recursos convencionales: los centros de rehabilitación de drogodependientes, los servicios de intervención comunitaria y los programas de prevención-educación para la salud, no aportan soluciones a esta problemática.

— Es posible contactar con grupos de jóvenes usuarios de drogas de diseño.

— Es posible desarrollar diversas fórmulas de trabajo socio-educativo con estos jóvenes obteniéndose resultados favorables.

— Es posible la colaboración con otros recursos ya que en concreto se ha colaborado con un centro asistencial, con el cual se ha ido elaborando una nueva metodología de acercamiento a los pacientes con resultados favorables.

La *tercera fase* comienza en octubre de 1998 hasta septiembre de 1999. Ya no se circumscribe a los jóvenes del barrio de Cruces, sino que se amplía a todo Barakaldo, sin embargo, dadas sus limitaciones de recursos humanos se ha actuado en zonas concretas y se ha reducido la franja de edad de 16 a 21 años. Se plantea con las siguientes características:

— Profundizar y avanzar en la investigación de los procedimientos de intervención iniciada en la segunda fase, con el fin de sistematizarlos y consolidarlos.

— Colaborar con otros recursos, de tal forma que se puedan beneficiar de la experiencia extraída del trabajo con estos jóvenes.

Tras el desarrollo de esta tercera fase se plantean como conclusiones más importantes:

— Se reitera el mencionado vacío en cuanto a las intervenciones de nivel secundario, destinadas a jóvenes que tienen un consumo de este tipo de drogas.

— Se puede intervenir con esta población.

— Los nuevos consumos de drogas requieren adecuar las estrategias de intervención para dar respuestas adecuadas.

— Necesidad de rentabilizar el esfuerzo a través de la coordinación con diferentes recursos.

En esta tercera fase el proyecto de trabajo amplía las actividades al incorporar nuevos y diferentes destinatarios, ya que no son únicamente destinatarios los jóvenes consumidores de drogas, sino también entidades y mediadores que se relacionan con ellos.

Desarrollo del trabajo

Este proyecto de trabajo se desarrolla en tres ámbitos que implican a diferentes grupos de personas:

A) Trabajo de relación directa entre el equipo de educadores y los jóvenes clientes. Profundizar en las actividades de trabajo directo con los jóvenes en aquellos

ámbitos donde desarrollan su vida cotidiana mediante estrategias de intervención socio-educativa; utilizando nuevos procedimientos de prevención secundaria y protocolos de intervención experimentados en fases anteriores resultando eficaces, entendiendo por tales que son útiles para facilitar el acercamiento a su problemática y a una relación educativa adecuada para la reducción de riesgos.

B) Trabajo buscando y potenciando la colaboración e influencia (sinergia) con otros agentes que tienen relación con los jóvenes en función con sus dificultades. Con estos recursos se lleva a cabo una relación intensa lograda a través del trabajo conjunto sobre casos concretos, para los que se establecen estrategias comunes.

C) Trabajo sobre otros agentes intermediarios que sean capaces de llevar a cabo una intervención preventiva [Centro de Iniciación Profesional (C.I.P), Equipos de Intervención Soci-Educativa (E.I.S.Es), centros de menores, colegios...]. Con estas entidades se realiza un trabajo de asesoramiento.

A) Trabajo directo con los jóvenes

La intervención directa con los jóvenes contempla cinco fases, cada una de las cuales tiene su propio diseño metodológico y sus resultados en cuanto a la intervención.

1.^a Fase: Conocimiento del joven-grupo.

2.^a Fase: Valoración del caso.

3.^a Fase: Intervención: grupal, grupo y acompañamiento y/o individual.

4.^a Fase: Finalización.

5.^a Fase: Cierre del caso.

1.^a Fase: Conocimiento del Joven-grupo

El conocimiento se puede dar a través de un contacto directo con el joven-grupo (presentación de otro joven, presentación directa del mismo joven-grupo o presentación del educador), o bien por medio de una derivación.

El objetivo de esta fase es definir procedimientos de acercamiento para que el joven-grupo acepte la figura del educador y, a partir de ahí, recabar la información necesaria para conocer la situación del joven-grupo, en una serie de dimensiones fundamentales para la intervención: familiar, personal-relacional y de consumo de drogas.

Las estrategias a explorar son:

— Estudio de campo, rastreo, observación.

— Obtener datos contrastados de otras fuentes: Servicio Social de Base (S.S.B), E.I.S.Es, Módulo, etc...

— Estructuración de un seguimiento del joven-gru-

po para posibilitar el encuentro y contacto posterior.

- Relación empática con el joven-grupo.
- Promoción de actividades de tiempo libre.

2.^a Fase: Valoración del caso

Una vez se conoce al joven-grupo es necesario valorar la estimación o desestimación del caso. El criterio para desestimar el trabajo con un joven-grupo es la convicción de que la intervención no sería eficaz por diferentes causas:

- Problemas psiquiátricos mayores.
- Edad.
- Consumo de drogas: tipo, cantidad y frecuencia.

3.^a Fase: Intervención

Como objetivo en esta fase se plantea, explorar procedimientos de trabajo directo con jóvenes que permitan en cada caso, individual o grupal, alcanzar los cambios marcados.

En esta fase hay tres áreas de intervención:

Intervención grupal.

La estrategia básica trata de utilizar al grupo para conseguir los objetivos de la intervención:

- Trabajar sobre los hábitos de tiempo libre.
- Estructurar lo que surge de la relación cotidiana.
- Analizar las claves de cada cuadrilla y su red de relaciones.

Intervención grupal y acompañamiento.

Las formas de actuación en este caso son iguales que en la intervención anterior, sin embargo se añade el acompañamiento. En ocasiones se considera necesario, extraer algún miembro del grupo afín de acompañarlo a diferentes recursos y/o servicios.

La estrategia consiste en utilizar el acompañamiento para hablar con el joven de temas que en grupo no se puede.

Intervención Individualizada.

A priori se entienden tres situaciones para realizar una intervención individualizada:

- Cuando el caso viene derivado de forma individual de algún otro recurso.
- Cuando un joven demanda ayuda.
- Cuando las educadoras la valoran necesaria y posible.

El objetivo es explorar procedimientos de trabajo individual que permitan influenciar positivamente sobre su persona: modificando conductas y hábitos problemáticos, reforzando aspectos positivos, revalorizando su persona...

Las estrategias a utilizar serán:

- Citas periódicas buscando espacios para hablar de los temas que le conciernen.

- Realizan actividades individuales.

- Se realizan acompañamientos a diferentes recursos.

4.^a Fase: Finalización

Después de un período de intervención, se pueden dar dos situaciones:

- Desestimación: El equipo se desentiende del caso, a priori se consideran tres situaciones: por recaídas de consumo, delitos y por relación educativa perdida.

- Seguimiento: Tiene como objetivo lograr que los cambios alcanzados en el joven-grupo permanezcan, estabilizándose sin la presencia intensiva del equipo educativo.

5.^a Fase: Cierre del caso

La despedida es la finalización de la intervención sobre un joven. Sin embargo, entendemos que no significa un abandono total de la relación, sino que se pueden mantener contactos esporádicos para realizar un seguimiento puntual, con dos finalidades:

- Conocer la evolución del caso.
- Atender posibles peticiones si las demandara.

B) Trabajo con los recursos

Se han determinado recursos con los que se puede llevar a cabo una intervención conjunta: recursos asistenciales de tipo terapéutico (Centro de drogodependencias) y recursos de apoyo judicial (I.R.S.E).

El objetivo es el de desarrollar y plasmar en un protocolo, las vías de intervención en colaboración.

La relación entre el equipo de educadoras y estos recursos dio comienzo en octubre del 97, así mismo uno de los objetivos del proyecto ha sido el de mantener el contacto y las relaciones con dichos recursos.

En los dos casos (Centro de drogodependencias e I.R.S.E) se ha entendido que se podría establecer una relación simbiótica, en el sentido de que nuestro proyecto podría aportar un apoyo a la labor de estos recursos y al mismo tiempo nuestro trabajo podría contar con el apoyo de estos dos recursos.

El planteamiento de trabajo con ellos comprende las siguientes actividades:

- Reuniones para compartir información.
- Análisis conjunto de los casos y definición de la intervención para con los jóvenes.

C) Trabajo con otros agentes intermediarios relacionados con los jóvenes.

La labor de colaboración con diversas entidades entendemos que ha de estar destinada al apoyo y asesoramiento de profesionales que se relacionen con adolescentes y jóvenes en riesgo: Centro de Iniciación Profesional (C.I.P), E.I.S.E, Centro de menores, etc..., para que desarrollen actuaciones preventivas en dos direcciones:

- Orientación y trabajo de casos concretos de jóvenes usuarios de drogas de síntesis.

- Trabajo preventivo en general: actividades para los grupos con los que se relaciona, para incorporar a su quehacer cotidiano.

La labor comprende los siguientes grupos de actividades:

- Selección de los servicios a los que se va a dirigir la propuesta.

- Reuniones encaminadas a la formación y el asesoramiento.

- Seguimiento de las acciones preventivas y de sus resultados.

- Valoración de los resultados o cambios obtenidos.

Resultados de la intervención

Para valorar los cambios en los jóvenes con los que se ha trabajado se han utilizado cuatro indicadores:

- Nivel de consumo.
- Situación ocupacional.
- Situación judicial.
- Recursos personales-relacionales.

Estos factores de riesgo se analizan antes y después de la intervención. Cada uno de estos indicadores ha sido categorizado de 0 a 3 (de menor a mayor problemática).

Los resultados positivos obtenidos han sido los siguientes:

- Concienciación de la situación problema.
- Reducción o suspensión del consumo.
- Mejora en los recursos personales.
- Mejora en la situación judicial.
- Mejora en la situación ocupacional.
- Acercamiento de los jóvenes a recursos asistenciales.

Conclusiones

1. Existe un vacío en cuanto a las intervenciones preventivas de nivel secundario, destinadas a jóvenes que tienen un consumo abusivo.

- 1.1. Los Equipos de Intervención Socioeducativa

no pueden atender a esta población por diferentes motivos:

- Limitación de edad.
- Tiempo de dedicación.
- Tipo de intervención.

- 1.2. Existencia de recursos asistenciales dedicados a la prevención terciaria.

- 1.3. Existencia de programas de prevención primaria llevada a cabo en centros escolares.

2. Se puede intervenir con esta población.

- 2.2. Durante la realización del estudio se comprueba que es posible el acercamiento.

- Momento en el que el educador entra en contacto con el joven.

- La figura del educador es aceptada por el joven.

- Ambas partes mantienen una postura de cercanía.

- 2.3. El tipo de relación intencional del educador que posibilita la intervención ha de ser educativa-afectiva.

- 2.4. Para llevar a cabo este proyecto es necesario un compromiso de cambio por parte del joven.

3. Los nuevos consumos de drogas requieren adecuar las estrategias de intervención para dar respuestas adecuadas.

- 3.1. Los jóvenes no acuden a los centros asistenciales.

- No ven problemática su situación.

- No se identifican con los clientes habituales de los recursos asistenciales.

- No creen que tengan respuesta a su problemática en dichos centros.

- El tipo de «enganche» que mantienen los profesionales no es afectivo.

- 3.2. Los recursos asistenciales no han desarrollado protocolos adecuados a las necesidades de estos jóvenes.

- Mismos criterios de tratamiento que al resto de consumidores.

- Desconocimiento del protocolo a utilizar dado que no se acercan a estos recursos.

- 3.3. Necesidad de ajustar los recursos existentes y no crear nuevos.

4. Necesidad de rentabilizar el esfuerzo a través de la coordinación con diferentes recursos.

- 4.1. Señalar vías de intervención en colaboración con los recursos asistenciales de tipo terapéutico y judicial.

- 4.2. Apoyo y asesoramiento a otras entidades que se relacionan con jóvenes consumidores. (centros de menores, CIP,...).

5. Necesidad de la existencia de dos equipos com-

plementarios.

5.1. Educadores que realizan las funciones de intervención prioritariamente.

5.2. Técnicos de prevención que realizan funciones de sistematización y supervisión de la intervención.

6. El consumo es un comportamiento que acompaña a otros comportamientos diferenciales.

7. Los cambios son más duraderos y favorables en aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias en recursos personales y familiares. Para que tenga lugar el cambio, es necesario que haya un compromiso

por parte del joven.

8. Además de los consumos específicos de sustancias de síntesis hay tres aspectos que coinciden, en mayor o menor medida, en todos los jóvenes con los que se ha intervenido hasta ahora. Se han detectado carencias a tres niveles:

— Recursos personales.

— Ocupación: tiempo libre y profesional/formativa.

— Asunción y control de normas.

Bibliografía

1. Gamella JF, Álvarez A. Drogas de síntesis en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1997.
2. Cami J, Farré M. Éxtasis, la droga de la ruta del bakalao. *Med Clin (Barc)* 1996;106:711-6.
3. Fernández PL. MDMA (Éxtasis). Una droga de diseño de alta toxicidad potencial. *Adicciones* 1994;6:405-22.
4. Schifano F. Psicosis atípica crónica relacionada con el abuso de MDMA (éxtasis). *Lancet* 1991;388:1335.
5. Bobes J, Sáiz PA, González MP, Bousoño M, Herreros S. Aspectos médico-legales del éxtasis (MDMA). *Adicciones* 1994;6:423-35.
6. Roig-Traver A. Sobre el uso recreativo de la metilendioximetanfetamina: aspectos históricos y efectos adversos. *Adicciones* 1994;6:437-52.