



emcdda.europa.eu

Drug and alcohol use among young people

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Capítulo 3

Cuestiones particulares

En este capítulo se ponen de relieve tres aspectos específicos relativos al problema de las drogas en Europa: el consumo de drogas y alcohol por los jóvenes; la exclusión y la reintegración social; y el gasto público en materia de reducción de la demanda.

Consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes

A menudo, los jóvenes se encuentran en la vanguardia de los cambios sociales, y la tendencia al alza en el consumo de alcohol y drogas ilegales entre ellos constituye un importante fenómeno social en la UE. La inclusión del alcohol en esta parte del informe no tiene precedentes y se debe a la preocupación que despiertan las complejas pautas del consumo de esta sustancia y la dependencia, daños a la salud y comportamiento delictivo que conlleva. Estas pautas de consumo de sustancias psicoactivas plantean un desafío particular para los responsables políticos, quienes deben desarrollar una serie de respuestas extensa y oportuna con el fin de tomar medidas eficaces.

La UE se ha establecido el objetivo de reducir de forma significativa, a lo largo de un período de cinco años, la prevalencia del consumo de drogas ilegales, así como la iniciación en dicho consumo, sobre todo entre los jóvenes menores de 18 años, y de desarrollar planteamientos innovadores para la prevención (COR 32).

Entre los materiales consultados durante la redacción del presente capítulo se encuentran los informes nacionales de la red ReitoX, así como los resultados de encuestas entre la población. Los datos comparables sobre los jóvenes se basan en gran parte en los informes de 1995 a 1999 (ESPAD, 1999) del proyecto de encuesta entre las escuelas europeas (*European School Survey Project*, ESPAD), que comprendía a escolares de 15 a 16 años y en la que participaron nueve Estados miembros. Los datos correspondientes a los Países Bajos en las encuestas del ESPAD no son estrictamente comparables a los de los demás Estados miembros participantes. Asimismo se utilizaron como referencia estudios publicados, literatura gris⁽¹⁵⁴⁾ y publicaciones gubernamentales sobre consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes (sobre todo de Francia y Reino Unido).

Prevalencia, actitudes y tendencias

Prevalencia

Aparte del tabaco y la cafeína, el alcohol es la sustancia psicoactiva más utilizada por los jóvenes de toda la UE. El porcentaje de escolares de 15 y 16 años que han estado ebrios en

algún momento de su vida va desde el 36 % en Portugal al 89 % en Dinamarca⁽¹⁵⁵⁾ (véase el gráfico 19)⁽¹⁵⁶⁾. La mayoría de los jóvenes de la UE nunca ha consumido drogas ilegales, pero entre los que lo han hecho, el cannabis es la droga cuyo consumo está más extendido, seguido de los inhalantes/disolventes⁽¹⁵⁷⁾. Según el estudio ESPAD 1999 en Grecia y Suecia, el consumo de inhalantes/disolventes en algún momento de la vida es tan elevado o superior al consumo de cannabis en algún momento de la vida entre los estudiantes de 15 a 16 años⁽¹⁵⁸⁾.

Las encuestas escolares nacionales no miden el consumo de sustancias problemáticas entre los jóvenes, pero resultan una fuente muy útil para evaluar el consumo experimental de drogas y las actitudes de los jóvenes. Sobre la base de los informes de la red ReitoX y los datos de la encuesta ESPAD de 1999, la prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida más baja se observa en Portugal (8 %), Suecia (8 %), Grecia (9 %) y Finlandia (10 %). La más alta corresponde a Francia (35 %), Reino Unido (35 %) e Irlanda (32 %), seguidos de España (30 %). En el cuadro estadístico 3⁽¹⁵⁹⁾ figuran los tamaños de las muestras de las encuestas escolares. Los datos de este cuadro no son estrictamente comparables, ya que no todos los Estados miembros utilizaron los mismos métodos para su encuesta escolar.

Entre los escolares de 15 y 16 años de edad en general, la prevalencia del consumo de cannabis, inhalantes, tranquilizantes y sedantes (sin receta médica) es superior al consumo de estimulantes y drogas alucinógenas. Los escolares que experimentan con cocaína y heroína son relativamente escasos en toda la UE y el consumo de dichas drogas en algún momento de la vida oscila entre el 0 % y el 4 % (cuadro estadístico 3).

La mayoría de los jóvenes que han probado el cannabis tiene alguna experiencia con alcohol y tabaco. Los jóvenes que consumen éxtasis, anfetaminas, cocaína y alucinógenos suelen formar un grupo aparte y pertenecen a determinados grupos sociales. Las correlaciones del consumo de diversas drogas figuran en el cuadro 15 OL (versión en línea) y se basan en los datos de la encuesta escolar española (Observatorio Español sobre Drogas, 2002)⁽¹⁶⁰⁾. La respuesta a las complejidades e idiosincrasias de las distintas pautas de consumo de drogas

⁽¹⁵⁴⁾ Que se define como «un documento que no ha sido publicado por una revista reseñada horizontalmente». Para más información, véase la revista de la red QED (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ En función de la respuesta a haber estado «ebrio debido a la ingestión de bebidas alcohólicas».

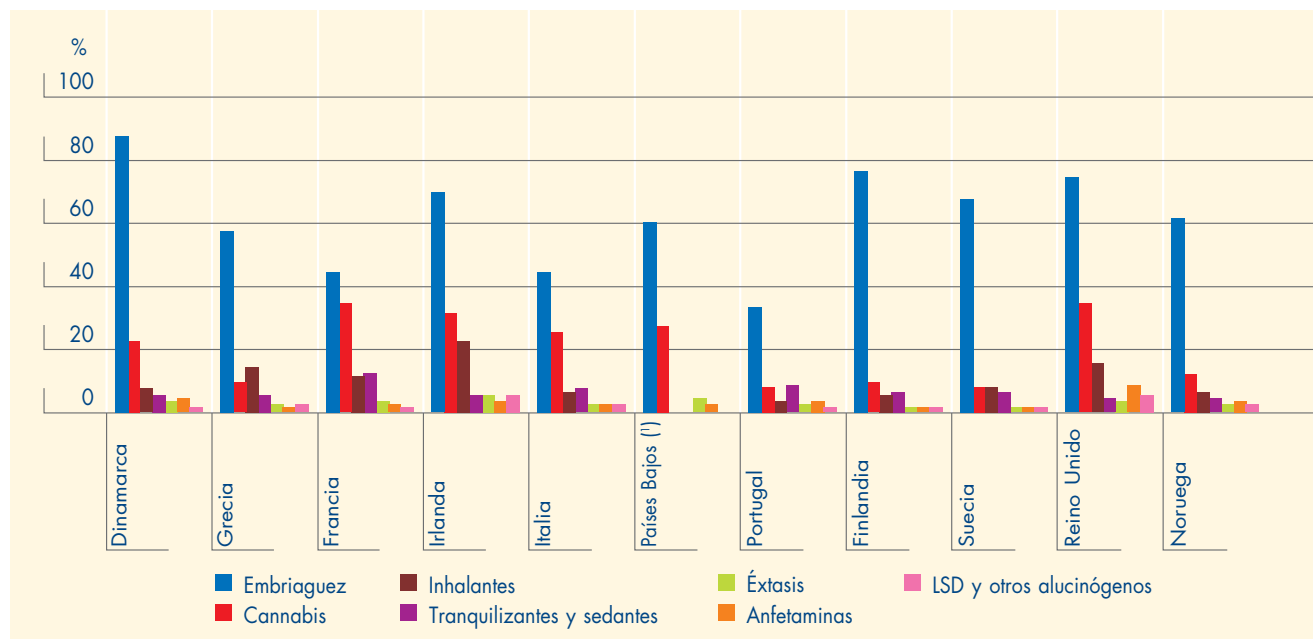
⁽¹⁵⁶⁾ Gráfico 42 OL: Comparación del «consumo juerguista» de alcohol con el consumo de cannabis en los últimos 30 días.

⁽¹⁵⁷⁾ En función de la respuesta a haber «inhalado una sustancia (pegamento, aerosoles, etc.) para drogarse».

⁽¹⁵⁸⁾ Cuadro estadístico 3: Encuestas escolares. Prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 a 16 años de edad (versión en línea).

⁽¹⁵⁹⁾ Cuadro estadístico 3: Encuestas escolares. Prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 a 16 años de edad (versión en línea).

⁽¹⁶⁰⁾ Véase el cuadro 15 OL: Relación entre el consumo de diversas sustancias entre los escolares españoles (14 a 18 años) (versión en línea).

Gráfico 19. Prevalencia de la embriaguez y el consumo de sustancias ilegales en algún momento de la vida (escolares de 15 y 16 años)

(*) Comparabilidad limitada.

Fuente: Proyecto de encuestas escolares ESPAD, 1999.

constituye un gran desafío (Calafat et al., 1999; Parker y Eggington, 2002; Smit et al., 2002).

En la población adulta se observa un mayor consumo de drogas entre los hombres que entre las mujeres, en relación con los escolares. Sin embargo, las mayores diferencias entre sexos que presentan los escolares se observan en Grecia, Francia, Italia y Portugal. Una excepción es el consumo de tranquilizantes y sedantes sin receta médica, y de alcohol junto con «pastillas», que generalmente es superior entre las chicas.

Asimismo se observan variaciones en la prevalencia de las distintas regiones de un Estado miembro. En Alemania, la diferencia entre la parte oriental y la parte occidental del país se está reduciendo con mayor rapidez entre los jóvenes que entre los adultos. Otros aspectos de la prevalencia del consumo de drogas, como la extensión del consumo de cannabis a las zonas rurales, son similares a los observados en poblaciones de mayor edad.

Actitudes

Las actitudes hacia las distintas drogas pueden ayudarnos a predecir la prevalencia futura del consumo de drogas. En 1999, el rechazo a embriagarse una vez a la semana variaba considerablemente, desde los niveles relativamente bajos de Dinamarca (32 %) hasta los altos niveles observados en Italia (80 %). El rechazo a la experimentación con cannabis era menos variable, hallando su nivel más bajo en Francia (42 %) y el más alto en Portugal (79 %) y Suecia (78 %) ⁽¹⁶¹⁾. Las actitudes ayudan a prever tendencias, aunque también participan otros factores. El rechazo y la percepción sobre los

«grandes riesgos» atribuidos a la experimentación con drogas como el éxtasis, la cocaína y la heroína eran generalmente muy altos entre los escolares de 15 y 16 años. El rechazo del consumo de éxtasis oscilaba entre un 71 % en Grecia y un 90 % en Dinamarca.

Tendencias

El aumento de la embriaguez y del consumo «juerguista» de alcohol con fines recreativos es motivo de creciente preocupación ⁽¹⁶²⁾. Entre 1995 y 1999 se observaron aumentos notables de la embriaguez en algún momento de la vida en Grecia, Francia y Noruega (véase el gráfico 20). No disponemos de datos estrictamente comparables de los Estados miembros que no participan en las encuestas ESPAD, pero los datos sobre tendencias correspondientes a Alemania (1973-2002) y España (1994-2000) indican un descenso reciente del consumo de alcohol por parte de los jóvenes (*Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung*, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). No obstante, es posible que el consumo total descienda mientras que los modelos de consumo «juerguista» aumentan.

Durante los años noventa, la prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida aumentó a un nivel tal que podría describirse como extendido en varios Estados miembros. Sin embargo, el consumo de cannabis entre los jóvenes irlandeses, neerlandeses y británicos ya había descendido en 1999. Este hecho puede indicar que la prevalencia ha alcanzado un punto de saturación en esos países, con una tendencia hacia la estabilización a niveles en torno al 30 %.

⁽¹⁶¹⁾ Véase el gráfico 43 OL: Porcentaje de los escolares de 15 y 16 años que rechazan la embriaguez en comparación con el consumo de cannabis y éxtasis (versión en línea).

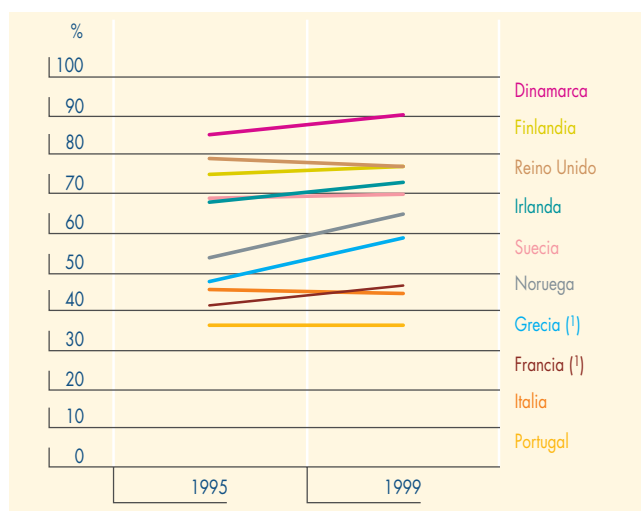
⁽¹⁶²⁾ Gráfico 44 OL: Variación en el consumo de 5 o más bebidas seguidas durante los últimos 30 días.

Asimismo, existen indicios de estabilización del consumo de éxtasis en algún momento de la vida a niveles muy inferiores a los del consumo de cannabis. En el caso del Reino Unido, la disminución de la prevalencia del consumo en algún momento de la vida tanto de cannabis como de éxtasis fue acompañada por un descenso de la disponibilidad aparente ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ y un aumento del rechazo a dicho consumo ⁽¹⁶⁵⁾. En 1999, el porcentaje de estudiantes que consideraban que el riesgo que conlleva el consumo de éxtasis en una o dos ocasiones es grande era mayor en los dos Estados miembros (Irlanda y Reino Unido) en los que la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida era la más alta ⁽¹⁶⁶⁾, y en los cuales los medios de comunicación prestaron una gran atención a un número relativamente reducido de muertes relacionadas con el éxtasis. La atención de los medios de comunicación, junto con una imagen cada vez más negativa, parecen haber influido en el descenso de la prevalencia del consumo de éxtasis en estos dos Estados miembros.

Los jóvenes se juzgan entre sí en función de la imagen, el estilo y la posesión de símbolos de posición social. Dichos símbolos, que pueden ser también drogas, cambian constantemente. La mala imagen que tienen en este momento los consumidores de heroína y la facilidad de acceso a otras drogas constituyen factores importantes dentro de la elección actual de drogas (FitzGerald et al., 2003). Un análisis recientes de las letras relacionadas con las drogas de la música popular en lengua inglesa desde los años sesenta puso de manifiesto que los músicos de hoy en día censuran con mayor frecuencia que en el pasado los daños que provoca el cannabis ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Gráfico 20. Prevalencia de: A) embriaguez, B) consumo de cannabis, y C) consumo de éxtasis, de 15 y 16 años escolares

Gráfico 20 (A). Embriaguez



(!) Los datos sobre Francia y Grecia para 1995 se basan en encuestas de 1993.
Fuente: Proyecto de encuestas escolares ESPAD (1995 y 1999).

Los resultados de una encuesta reciente entre 878 jóvenes de hasta 19 años de edad realizada en 10 ciudades de la UE muestran una tendencia a la baja del consumo de anfetaminas y éxtasis y una tendencia al alza en el consumo de cocaína en la cultura general urbana. Esta muestra no era lo bastante representativa o amplia como para extraer conclusiones definitivas. Este estudio también ha puesto de manifiesto que los encuestados gastan más dinero en alcohol que en drogas o cualquier otro consumo de tipo recreativo, como entradas a discotecas, clubes o cines, teléfonos móviles y tabaco (Calafat et al., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Gráfico 20 (B). Consumo de cannabis

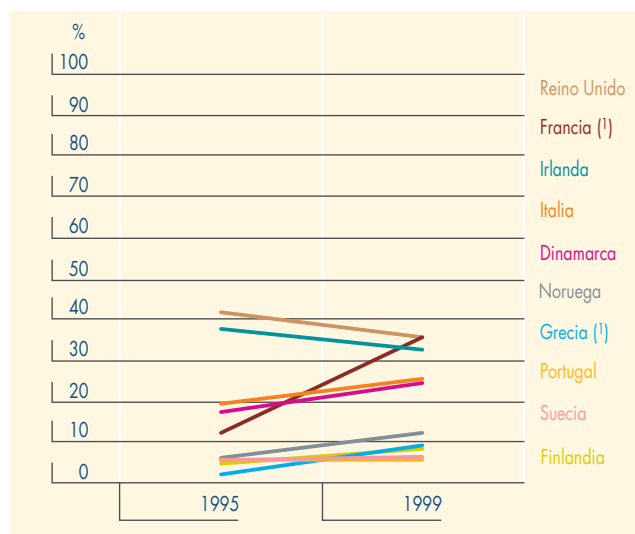
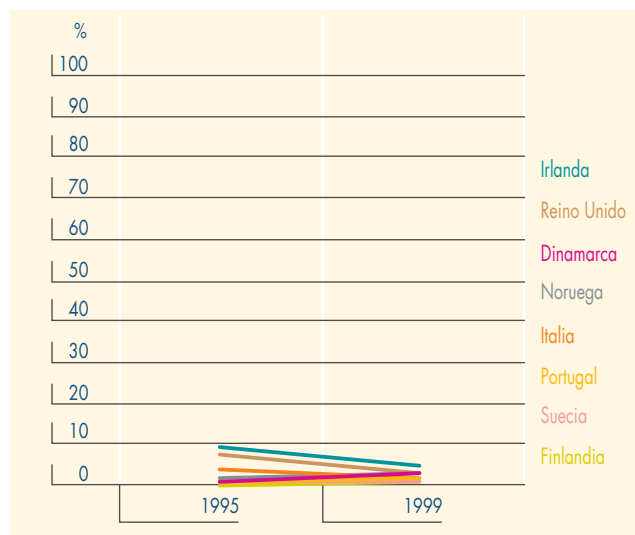


Gráfico 20 (C). Consumo de éxtasis



⁽¹⁶³⁾ En función de la respuesta a qué droga es «muy fácil» o «bastante fácil» de conseguir si se desea obtenerla.

⁽¹⁶⁴⁾ Gráfico 45 OL: Variación de la disponibilidad aparente de (A) cannabis y (B) éxtasis (versión en línea).

⁽¹⁶⁵⁾ Gráfico 46 OL: Variación del porcentaje de escolares de 15 y 16 años que rechazan (A) embriagarse una vez a la semana, o (B) consumir cannabis una o dos veces, o (C) consumir éxtasis una o dos veces (versión en línea).

⁽¹⁶⁶⁾ Gráfico 47 OL: Porcentaje de escolares de 15 y 16 años que consideran que consumir éxtasis una o dos veces entraña un «gran riesgo» y prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida (versión en línea).

⁽¹⁶⁷⁾ Gráfico 48 OL: Porcentaje de imágenes positivas en la música popular contemporánea, años sesenta a noventa (versión en línea).

⁽¹⁶⁸⁾ Gráfico 49 OL: Cantidad de euros que gastaban cada fin de semana los jóvenes de 13 a 19 años en 10 ciudades de la UE, 2001-2002 (versión en línea).

Casi todos los Estados miembros de la UE (Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, Francia, Luxemburgo, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal y Reino Unido) señalan una creciente inquietud por el posible aumento del mercado de cocaína y base/crack para los consumidores jóvenes de drogas problemáticas. Para más información sobre las tendencias de disponibilidad, véase la p. 36.

Iniciación, pautas y factores de riesgo

En general, la probabilidad de que los jóvenes de 12 a 18 años de edad se embriaguen o de que se les ofrezca cannabis o cualquier otra droga ilegal, así como su disposición a probar drogas, aumenta considerablemente con la edad. Este hecho se ilustra en el presente informe con los datos procedentes de la encuesta Escapad realizada en Francia (Beck, 2001). En el gráfico 21 A se muestra que, entre los chicos de 13 y 14 años de edad, el porcentaje que se había embriagado alguna vez en la vida era del 15,9 % y que el porcentaje que había consumido cannabis era del 13,8 %. Entre los jóvenes de 17 y 18 años, estos porcentajes aumentaban al 64,5 % y al 55,7 %, respectivamente.

En una encuesta reciente realizada entre los jóvenes de la UE, la «curiosidad» era la principal razón para probar drogas (EORG, 2002). De aquellos que experimentan con drogas, la mayoría no continúa consumiéndolas de forma periódica. Entre una pequeña pero importante minoría, el consumo aumenta hasta alcanzar niveles de intensidad. Este fenómeno se ilustra en el gráfico 21 B, que muestra la distribución del consumo de cannabis entre la población en general de personas de 18 años en Francia. Las encuestas de población en general indican que el consumo de drogas ilegales en algún momento de la vida es significativamente más alto que el consumo reciente o actual ⁽¹⁶⁹⁾. La información comparable sobre las pautas de uso entre los consumidores regulares de drogas se encuentra menos desarrollada que la correspondiente a los estudios sobre el alcohol. Esto dificulta la comprensión de las pautas de consumo de drogas y, por ende, la elaboración de respuestas eficaces. En algunos Estados miembros se está estudiando la definición de «consumo problemático de cannabis», y se ha señalado que las personas que han consumido cannabis en 20 o más ocasiones durante el mes anterior tienen el mayor riesgo de desarrollar una pauta problemática de consumo (Beck, 2001; informe nacional de los Países Bajos). Con esta definición, una de cada cinco personas en los Países Bajos que ha consumido cannabis durante el mes anterior puede catalogarse como persona «de riesgo». Según el gráfico 21 B, en Francia, un 13,3 % de los hombres de 18 años, en comparación con tan sólo el 3,6 % de las mujeres de 18 años, forman parte de la categoría «de riesgo».

Una de las principales preocupaciones que provoca el consumo de cannabis es la denominada «puerta de entrada a otras drogas» ⁽¹⁷⁰⁾. Sin embargo, la relación entre el consumo de cannabis y otras sustancias ilegales resulta compleja y no puede reducirse a un simple modelo causal. Otro modelo de «factor común» demuestra que las correlaciones entre el consumo de

Gráfico 21. Consumo de cannabis entre los jóvenes de 18 años en 2001. A) Edad en el momento de la iniciación al consumo. B) Nivel de consumo

Gráfico 21 (A). Edad de iniciación a la embriaguez y al consumo de cannabis entre los chicos de 18 años en Francia en 2001

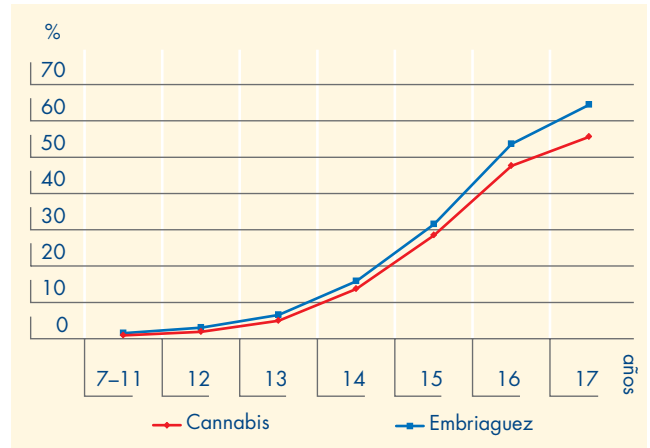
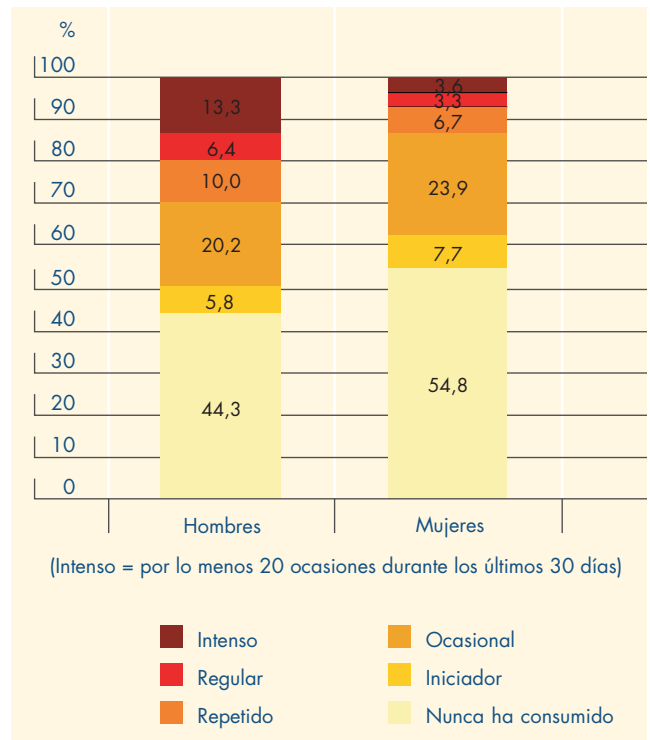


Gráfico 21 (B). Nivel de consumo de cannabis a la edad de 18 años en Francia en 2001



Fuentes: Escapad (2001), OFDT. Muestra nacional representativa.

cannabis y las drogas duras se deben a una serie de factores comunes de riesgo, como la vulnerabilidad y el acceso a drogas y la propensión a su consumo. Los resultados de estudios de cohortes muestran que el consumo de drogas ilegales rara vez es la primera señal de problemas entre los adolescentes. El consumo de alcohol, la conducta asocial, el absentismo escolar y la

⁽¹⁶⁹⁾ Véase el gráfico 1 OL: Pautas del consumo de cannabis entre la población en general. Consumo en algún momento de la vida y consumo actual (últimos 30 días), Encuesta nacional sobre prevalencia (consumo de drogas), 2001 (Países Bajos).

⁽¹⁷⁰⁾ Este fenómeno se basa en la hipótesis de que el consumo de cannabis en sí mismo aumenta el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas duras.

delincuencia a menudo aparecen a una edad más temprana que el consumo de cannabis ⁽¹⁷¹⁾. Los adolescentes consumen raramente sustancias ilegales sin la exposición simultánea a otros consumidores de drogas ilegales y consideran que las ventajas potenciales del consumo superan sus posibles costes (Engineer et al., 2003). La existencia de la «puerta de entrada hacia otras drogas» puede explicarse por el hecho de que el cannabis pone en contacto a quienes lo consumen con un mercado ilegal, lo que aumenta el acceso a otras drogas ilegales y ofrece una plataforma de aceptación para el consumo de otras drogas ilegales (Grant y Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker y Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington y Clapp, 2002).

En los Países Bajos, una encuesta entre los jóvenes efectuada en 1999 puso de manifiesto que la mayoría de los jóvenes compraban el cannabis a sus amigos (46 %) y en *coffee shops* (37 %) (DeZwart et al., 2000).

La identificación de una serie de factores de riesgo que influyen tanto en la iniciación como en el aumento del consumo de drogas en una población adolescente extremadamente heterogénea es un enfoque que ha comenzado a ganar adeptos. Estos factores constituyen un continuo que va desde factores individuales, factores sociales hasta factores del macroentorno, y probablemente son distintos para el consumo recreativo y para el consumo problemático de drogas.

Factores de riesgo

Algunas encuestas selectivas han demostrado que determinados grupos de jóvenes presentan niveles de consumo de drogas mucho más altos que los observados en la población nacional en general. A menudo se trata de jóvenes que han sido expulsados de la escuela o que practicaban el absentismo escolar, delincuentes, jóvenes sin hogar o que habían huido de casa, y cuyos hermanos son consumidores de drogas (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden y Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). La encuesta sobre los estilos de vida de la juventud 1998-1999 realizada en el Reino Unido descubrió que la prevalencia del consumo de drogas era significativamente superior entre estos grupos vulnerables en ese país ⁽¹⁷²⁾. El tamaño de estos grupos vulnerables a escala nacional señala que las actuales encuestas escolares subestiman la prevalencia del consumo de drogas al no identificar las poblaciones de adolescentes de alto riesgo que no forman parte del entorno escolar. Actualmente no abundan los datos comparables sobre «grupos vulnerables» de jóvenes en la UE. Los jóvenes que salen de noche a determinados ambientes de música dance constituyen otro grupo vulnerable. Los vínculos entre determinadas culturas juveniles y las drogas se encuentran bien documentados, sobre todo recientemente en relación con la propagación del consumo de éxtasis (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). En las discotecas techno, la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida oscila entre un 12,5 % (Atenas) y un 85 % (Londres), en comparación con una prevalencia en algún momento de la vida

del 1 % (Grecia) y el 8 % (Reino Unido) entre la población juvenil en general (OEDT, 2002a).

Sociedad

En los últimos años se ha prestado una creciente atención a los factores sociales, económicos y culturales, incluido el entorno físico (Spooner et al. 2001; Lupton et al., 2002). A menudo, los problemas causados por las drogas se concentran en determinadas zonas geográficas y residenciales. Por ejemplo, el informe nacional de Irlanda señala que los niños pertenecientes a grupos estudiados afirman tener encuentros rutinarios con consumidores de drogas y mencionan la presencia de símbolos relacionados con la droga en las escaleras y balcones. Los padres que viven en esas zonas manifestaron la gran ansiedad que les provoca la elevada exposición de sus hijos a las drogas (O'Higgins, 1999).

Muertes y emergencias hospitalarias

Entre los jóvenes menores de veinte años, las muertes relacionadas con las drogas y el alcohol son relativamente escasas. Sin embargo, el número de muertes relacionadas con las drogas entre los jóvenes de la UE aumentó constantemente en términos globales durante los años noventa. Entre 1990 y 2000 se registraron en la UE 3 103 muertes de jóvenes ⁽¹⁷³⁾. La pérdida relativa de años de vida de un joven es superior a la de un adulto si se calculan los años de esperanza de vida perdidos ⁽¹⁷⁴⁾. Para más información sobre las muertes relacionadas con las drogas, véanse las pp. 28-32. El Reino Unido es el único Estado miembro que notifica las muertes relacionadas específicamente con la inhalación de sustancias volátiles. En un período de 18 años se produjeron 1 707 muertes relacionadas concretamente con este fenómeno. En su mayoría, las víctimas de estas muertes fueron jóvenes de 15 a 19 años (Field-Smith et al., 2002). A pesar de la atención que los medios de atención dispensan a las muertes relacionadas con el éxtasis, los inhalantes constituyen un mayor riesgo para la salud de los adolescentes que otras formas de consumo de drogas.

No se recopilan de forma rutinaria datos a escala comunitaria sobre las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas, debido al carácter oculto del consumo de drogas ilegales, el consumo simultáneo de alcohol y otras drogas, y la ausencia de análisis toxicológicos (Tait et al., 2002). Los pocos datos disponibles señalan que, para los servicios sanitarios de algunos Estados miembros, el alcohol representa una carga más pesada que el consumo de drogas ilícitas. La OMC estima que en los países desarrollados el alcohol provoca entre el 10 % y el 11 % de las enfermedades y muertes ocurridas cada año (Rehn et al., 2001). Por ejemplo, una encuesta danesa entre jóvenes efectuada en 2001 puso de relieve que un menor número de los jóvenes de 17 años señalaba haber recibido tratamiento hospitalario por problemas relacionados con las drogas, en comparación con el que afirmaba haber recibido dicho tratamiento por problemas relacionados con el alcohol (informe nacional de Dinamarca). En Irlanda, un estudio regional de los ingresos hospitalarios durante 3 meses señala que, de los 55 ingresos hospitalarios de jóvenes de 10 a 18 años, la gran

⁽¹⁷¹⁾ Gráfico 50 OL: Porcentaje de los escolares de 15 y 16 años que se han embriagado o consumido cannabis a los 13 años o antes (versión en línea).

⁽¹⁷²⁾ Gráfico 51 OL: Comparación del consumo de drogas en grupos vulnerables (versión en línea).

⁽¹⁷³⁾ Gráfico 52 OL: Muertes por reacción aguda (MRA) con drogas entre jóvenes menores de 20 años notificadas en la UE (versión en línea).

⁽¹⁷⁴⁾ Actualmente, la esperanza media de vida es de 75 años para los hombres y de 80 para las mujeres.

mayoría estaba relacionada con el alcohol por sí solo o con autoenvenenamientos (Mid-Western Health Board, 2002; recogido en el informe nacional de Irlanda).

Respuestas y recomendaciones legales

En casi todos los Estados miembros, la venta de alcohol está controlada por monopolios estatales o regímenes de permisos. En la mayoría de los Estados miembros de la UE se ha intentado controlar la venta de alcohol a los jóvenes mediante restricciones de edad (generalmente hasta los 16 o 18 años) para la venta de alcohol para consumo dentro o fuera del local expendedor. Portugal introdujo restricciones de edad hace relativamente poco, en enero de 2002. Las limitaciones impuestas a la publicidad del alcohol van desde las prohibiciones totales a códigos voluntarios de publicidad o a la ausencia de restricciones (Rehn et al., 2001; Bye, 2002). En el Reino Unido, el reglamento sobre recargas de encendedores de cigarrillos (seguridad) de 1999 limitó la venta de dichas recargas a los jóvenes de menos de 18 años (Field-Smith et al., 2002). Se cree que con esta legislación se logró disminuir el número de muertes, junto con las campañas de información dirigidas a los padres de familia. La legislación presenta algunas variaciones y se conoce muy poco acerca de su aplicación en la práctica. Un ejemplo de una nueva iniciativa para abordar los problemas prácticos lo encontramos en Alemania, país que acaba de introducir la Ley del «zumo de manzana» que exige que los bares ofrezcan al menos una bebida no alcohólica a un precio inferior al de la bebida alcohólica más barata (informes nacionales de Alemania y los Países Bajos). Los comercios minoristas del Reino Unido han puesto en marcha un nuevo programa, con el apoyo de la administración, para expedir un «carnet» especial a sus clientes jóvenes para contribuir al cumplimiento de las restricciones en materia de edad para la compra de alcohol y sustancias volátiles (BBC news).

En los últimos años, los Países Bajos han comenzado a aplicar un mayor control a los coffee shops, y se han clausurado los establecimientos que vendían cannabis cerca de las escuelas. No se permite la compra de cannabis a los menores de 18 años. La publicidad de productos de cannabis está prohibida y, en los últimos años, el aumento del control de los coffee shops ha reducido considerablemente el número de clientes menores de 18 años (informe nacional de los Países Bajos). En Copenhage (Dinamarca), la policía ha cerrado aproximadamente 50 «clubs de cannabis» desde que entrara en vigor una ley que prohíbe visitas a determinados locales (informe nacional de Dinamarca).

Recientemente se han adoptado iniciativas en Irlanda y Reino Unido para reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes. Por ejemplo, la Ley del menor (1999) irlandesa impone a los padres la responsabilidad de controlar a sus hijos. Entre las sanciones que pueden imponerse a los padres de familia se encuentra un tratamiento para el consumo de la sustancia que consumen y cursos de formación sobre aptitudes parentales. A los niños considerados fuera de control se

les puede imponer toques de queda durante la noche. También en Irlanda la policía pone en práctica dos iniciativas de orden público. La operación Oíche se centra en el consumo de alcohol por menores, el uso ilícito de drogas y las ventas de alcohol a menores, mientras que la operación Encounter se centra en la conducta antisocial en las calles, así como en locales con licencia de expender alcohol, clubes nocturnos y fast-food. Para más información sobre las respuestas legales, véase la p. 42.

Un amplio espectro de necesidades y respuestas

Uno de los principales objetivos de la estrategia de la UE contra el consumo abusivo de drogas y alcohol consiste en llevar a cabo las intervenciones adecuadas para lograr los resultados más efectivos. Las estrategias de intervención se concentran primordialmente en cinco amplios grupos de destinatarios en ocasiones coincidentes: 1) jóvenes en edad escolar; 2) jóvenes consumidores de drogas con fines experimentales y recreativos; 3) jóvenes en zonas socialmente desfavorecidas; 4) jóvenes delincuentes, y 5) jóvenes con necesidad de recibir un tratamiento por drogodependencia (¹⁷⁵).

Jóvenes en edad escolar

La prevención escolar es una respuesta muy extendida para este grupo de destinatarios. Para más información, véase la p. 45.

En el ámbito de las políticas escolares, varios Estados miembros han adoptado recomendaciones sobre la forma en que se debe reaccionar ante incidentes con drogas y escolares consumidores de drogas. En Francia, estas políticas se concentran en los «puntos de referencia para la prevención de la conducta de riesgo en las escuelas» y en resolver los problemas mediante asesoramiento selectivo. Asimismo se hace hincapié en la formación profesional del personal docente a fin atajar la conducta desviada de los jóvenes. En Austria y Alemania, los programas Paso a Paso (Step-by-Step) (¹⁷⁶) ayudan a los maestros de escuela a identificar a los alumnos consumidores de drogas y a llevar a cabo las intervenciones correspondientes. En Noruega se ha publicado un manual a tal efecto.

El Servicio de Asesoramiento para la Prevención del Consumo de Drogas del Reino Unido ha llevado a cabo la evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas destinado a los jóvenes excluidos de la escuela y ha llegado a la conclusión de que dichos programas son necesarios, pero que los períodos breves de educación sobre las drogas no resultan adecuados. Numerosos jóvenes a los que iba dirigido este programa ya consumían drogas, lo que implica que los programas deben aplicarse a una edad más temprana, y deberían señalar y abordar con claridad los problemas. El nuevo marco nacional para la prevención de Portugal prevé una dotación de 400 000 euros para planes de estudio escolares alternativos y formación profesional precoz para quienes abandonan la escuela antes de tiempo. Casi todas las comunidades autónomas españolas cuentan con dichos programas. En Grecia, las intervenciones tempranas se dirigen a consumidores adolescentes

(¹⁷⁵) Gráfico 53 OL: Prevención selectiva. Objetivos de las intervenciones (versión en línea).

(¹⁷⁶) Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

de drogas y a sus familias (terapia familiar), además de a adolescentes que tienen problemas legales.

Jóvenes consumidores de drogas con fines experimentales y recreativos en la sociedad

Cada vez se conocen mejor los daños que pueden causar el consumo de alcohol y de drogas ilegales en la vida de una parte pequeña, pero significativa, de la población joven. Uno de los principales grupos de destinatarios para una actuación eficaz en materia de drogas son los grupos vulnerables de jóvenes que consumen alcohol y experimentan con drogas con fines recreativos y que desconocen o son incapaces de controlar los riesgos relacionados con sus pautas de consumo (sobredosis, accidentes, conductas delictivas, violencia, pérdida de la capacidad para estudiar o trabajar, infecciones de transmisión sexual, daños a largo plazo al hígado o cerebro, etc.) (Boys et al., 1999; Parker y Egginton, 2002). El cambio en las pautas de consumo de alcohol y drogas para fines recreativos es motivo de una creciente preocupación en la UE, en particular por sus riesgos para la salud de las mujeres. Al parecer, los locales recreativos, como bares, discotecas, clubes deportivos y juveniles, constituyen un entorno que se presta a la prevención del consumo de drogas, ya que permiten entrar en contacto con un gran número de jóvenes, muchos de los cuales consumen drogas o corren peligro de hacerlo⁽¹⁷⁷⁾. Existe una urgente necesidad de reunir documentación metodológica y de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las intervenciones en este entorno.

En 2001, al menos un 30 % de los departamentos franceses adoptó medidas preventivas o prestó primeros auxilios en acontecimientos relacionados con la música *dance*. En uno de los distritos sanitarios de Irlanda, el personal de los clubes nocturnos y quienes asisten a éstos son el objetivo del proyecto «The sound decisions» (Las decisiones acertadas)⁽¹⁷⁸⁾. Sin embargo, en Luxemburgo no existe un marco jurídico que regule la intervención de los organismos responsables de la lucha contra la droga en los clubes nocturnos.

En los Países Bajos se imparten cursos destinados a personal de formación en materia de primeros auxilios en caso de incidente con drogas en entornos recreativos.

La iniciativa neerlandesa «Salir y drogas» contempla intervenciones en distintos entornos no escolares, en los que los jóvenes consumen drogas, como *coffee shops*, discotecas, fiestas y clubes, y en lugares donde se organizan eventos musicales multitudinarios.

Varios proyectos están dirigidos a consumidores de drogas pertenecientes al ambiente musical a fin de reducir los riesgos de consumir drogas legales e ilegales. En ocasiones, el personal de estos proyectos se desplaza a diversos eventos en una caravana, para ofrecer asesoramiento informal en un ambiente tranquilo. Las líneas telefónicas de atención o los sitios web⁽¹⁷⁹⁾ pueden ser otras de sus características.

Se han elaborado una sinopsis y análisis de ejemplos de prevención en entornos festivos sobre los proyectos del Intercambio sobre Actividades de Reducción de la Demanda de Drogas (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*, EDDRA)⁽¹⁸⁰⁾. En una serie de cuadros en línea se ofrece una sinopsis de los proyectos y políticas en curso⁽¹⁸¹⁾.

Según un estudio reciente financiado por la Comisión, los servicios específicos de asesoramiento sobre el terreno y el análisis de pastillas sobre el terreno en eventos *rave* constituyen un modo eficaz para llegar a aquellos jóvenes que, a pesar de consumir drogas periódicamente, no se consideran consumidores de drogas, por lo que no se pondrían en contacto con los servicios establecidos de ayuda para drogodependientes. Este estudio ha puesto de manifiesto igualmente que el análisis de pastillas no va en contra de las intervenciones de prevención basadas en la abstinencia⁽¹⁸²⁾. En Austria y España, estos servicios se han ampliado, en tanto que en los Países Bajos se limitan a servicios con un alto nivel de precisión metodológica.

En otra serie de intervenciones participan compañeros, grupos de autoayuda y alternativas al consumo de drogas, como la información y la ayuda psicosocial, así como la participación en actividades culturales o deportivas (por ejemplo, campamentos de verano en Grecia). Desde hace varios años existen en toda España programas alternativos de ocio.

En Noruega, Suecia y Dinamarca los «cuervos de la noche» son grupos voluntarios de adultos que patrullan las calles del centro de la ciudad durante las noches del fin de semana. Su misión es dejarse ver y estar a disposición de los jóvenes. Con su presencia se intenta reducir la probabilidad de que haya violencia y daños.

Jóvenes de barrios socialmente desfavorecidos

La Comisión de Drogas sueca realizó un estudio sobre las investigaciones en materia de respuestas preventivas (Narkotikakommissionen, 2000) y llegó a la conclusión de que se necesitan tres tipos de iniciativas: iniciativas concretas dirigidas a las personas más pobres; iniciativas generales para mejorar la salud pública, e iniciativas encaminadas a ayudar a las familias vulnerables.

Irlanda, Portugal y Reino Unido son los únicos Estados miembros que identifican las zonas particulares a fin de ofrecer programas especializados en ellas. El Fondo de Servicios e Instalaciones para Jóvenes de Irlanda (*Young People's Facilities and Services Fund*, YPFSS) pretende atraer a los jóvenes «de riesgo» de las zonas desfavorecidas hacia instalaciones y actividades que los alejen de los peligros que representa el consumo de drogas. En el Reino Unido, la organización *Positive Futures* opera en 57 zonas desfavorecidas para alejar a los jóvenes vulnerables de las drogas y la delincuencia mediante el deporte. Los primeros resultados son alentadores, pues muestran una reducción de las actividades delictivas y del absentismo escolar, así como un aumento de la sensibilidad hacia este problema en la sociedad.

⁽¹⁷⁷⁾ Gráfico 54 OL: Prevención entre grupos selectos en entornos recreativos (versión en línea).

⁽¹⁷⁸⁾ Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Véase en: <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Cuadro 16 OL: Principales parámetros cuantitativos de la prevención en entornos recreativos; cuadro 17 OL: Proyectos de prevención. Trabajo de campo/prevención en entornos recreativos; y cuadro 18 OL: Sinopsis de las políticas y marcos de actuación para el trabajo de campo/la prevención en entornos recreativos (versión en línea).

⁽¹⁸²⁾ Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

Las zonas de acción sanitaria (*Health Action Zones*, HAZ) son asociaciones de diversos organismos situadas en algunas de las zonas más desfavorecidas de Inglaterra, y su finalidad es poner fin a las desigualdades en materia de salud mediante programas de modernización de la atención sanitaria y social para cubrir a un amplio espectro de jóvenes vulnerables que consideran corren el riesgo de consumir drogas (130 proyectos e iniciativas en las 26 HAZ). Connexions es un servicio de ayuda y asesoramiento británico para los jóvenes de 13 a 19 años de edad que identifica a los jóvenes de riesgo y los envía a servicios especializados en drogas. En 2002 operaban 27 asociaciones y se espera que en 2003 se creen otras 20.

En el Reino Unido todos los *Drug Action Teams* (DATs) llevaron a cabo una evaluación de las necesidades de los jóvenes en 2001 y se les ha pedido, en virtud de los planes de prevención del abuso de sustancias por los jóvenes (*Young People Substance Misuses Plans*, YPSMPS), que planifiquen servicios para jóvenes, desde los servicios de prevención universal hasta los servicios de tratamiento por abuso de sustancias, basados en las necesidades locales.

En Austria, los centros móviles dirigidos a los jóvenes en la calle trabajan en estrecha colaboración con otras organizaciones de ayuda para prestar asistencia a los adolescentes y adultos jóvenes consumidores de drogas en una fase temprana. Está previsto que la cobertura geográfica de estos centros aumente en el futuro ⁽¹⁸³⁾.

En Finlandia, los cafés juveniles Walkers ⁽¹⁸⁴⁾ ofrecen intervenciones precoces y actualmente operan en 24 localidades. Los grupos voluntarios de adultos con la formación correspondiente, asistidos por profesionales del ámbito del trabajo con jóvenes, desempeñan un importante papel. Se intenta que los cafés juveniles se conviertan en lugares de reunión seguros. De forma similar, en un distrito sanitario de Irlanda, funciona un café de asesoramiento sanitario (*Irish Health Advice Café*) que pretende ofrecer servicios combinados de prevención y de acceso a la sanidad para jóvenes.

En Noruega, los principales municipios cuentan con servicios de acercamiento. Entre sus objetivos se encuentran diversas intervenciones preventivas dirigidas a niños de mayor edad y jóvenes, así como el asesoramiento y el envío a servicios de asistencia y tratamiento.

Jóvenes delincuentes

Algunos Estados miembros ofrecen programas selectivos de asistencia, formación y acercamiento para jóvenes de riesgo, como los delincuentes juveniles. Uno de los principales resultados de estas iniciativas ha sido la reducción del número de jóvenes que reciben penas de prisión.

Estas intervenciones ofrecen alternativas a las estrategias policiales y penitenciarias, con el fin de reducir o evitar que los jóvenes caigan en la vida delictiva, con consecuencias irreversibles. En el Reino Unido, los equipos de jóvenes delincuentes (*Youth Offending Teams*, YOT) cuentan con trabajadores sociales especializados en drogas y, en su caso, ofrecen intervenciones para evitar que continúe el consumo. El

proyecto Solidaridad Juvenil de MSF en Luxemburgo funciona de modo similar en cooperación directa con los magistrados de los tribunales de menores y los organismos policiales competentes.

El proyecto FRED en Alemania realiza intervenciones precoces con consumidores de reciente iniciación a las drogas ⁽¹⁸⁵⁾. Los proyectos policiales finlandeses funcionan con los mismos principios.

Jóvenes con necesidad de tratamiento

La demanda de tratamiento para la drogodependencia constituye un indicador significativo de ésta y una necesidad urgente. En 2001 los jóvenes de la UE menores de 20 años representaban apenas un 10 % de la demanda notificada de tratamiento especializado en drogodependencia. Más de la mitad de estos jóvenes recibía tratamiento por consumo de cannabis como droga principal. Casi una cuarta parte de ellos recibía tratamiento por problemas con opiáceos, y el resto se dividía por partes iguales entre tratamientos por consumo de cocaína y de otras drogas estimulantes. No obstante, existen variaciones entre un país y otro, por ejemplo, en Irlanda recibe tratamiento un porcentaje de jóvenes superior a cualquier otro país de la UE. El tratamiento para los menores de 18 años se ve complicado por los problemas que plantea el consentimiento de los padres y las preocupaciones que despierta la prescripción de drogas de sustitución ante la falta de estudios adecuados sobre los efectos de dichas drogas en este grupo de edad. La mayoría de los jóvenes en tratamiento que tiene graves problemas con las drogas asiste a entornos ordinarios de terapia.

Algunos países han desarrollado servicios de tratamiento especializado. Por ejemplo, en los Países Bajos existe una pequeña clínica destinada a los jóvenes de 13 a 18 años de edad. En Finlandia se hace especial hincapié en un espectro de tratamiento psicosocial sostenido e intenso con el tratamiento institucional necesario. Según la información correspondiente a 1999 existían seis unidades para jóvenes consumidores de drogas, con un total de 40 camas. Además, en los reformatorios juveniles existían tres unidades especializadas en tratamiento de la drogodependencia, con un total de 23 camas. En Luxemburgo existe un único centro especializado, y un 43 % de sus pacientes es menor de 16 años. En Grecia, las intervenciones precoces van dirigidas a los adolescentes consumidores de drogas y a sus familias (terapia familiar), así como a los adolescentes con problemas con la justicia.

En Suecia, los jóvenes de 12 a 21 años de edad con graves problemas psicosociales, a menudo asociados con elementos de conducta delictiva y consumo de sustancias psicoactivas, pueden ser confiados al cuidado de instituciones sin su consentimiento. Entre los métodos de tratamiento utilizados se encuentran la terapia de entorno, la terapia funcional familiar, la terapia cognitiva conductista y, para el consumo de drogas, el método de 12 fases. En lugar de ser enviados a prisión, los jóvenes ingresan en tratamientos cerrados institucionales para jóvenes ⁽¹⁸⁶⁾, con arreglo a la Ley de atención a los jóvenes (disposiciones especiales). Para más información sobre las respuestas basadas en el tratamiento, véase la p. 49.

⁽¹⁸³⁾ Véase Auftrieb en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Véase en: <http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat-suomessa/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

⁽¹⁸⁶⁾ Véase en: <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.