



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Doble Grado en Criminología y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado. Criminología

**La relación entre el consumo y la delincuencia de los menores marroquíes
no acompañados en España.**

Autor: Mariana Ybarra Ramírez- Cárdenas

Director: Sonia Gruben Burmeister

Resumen

Este trabajo se centra en la relación entre el consumo de drogas y la delincuencia de los menores marroquíes no acompañados en España. Los Menores Extranjeros No Acompañados, son menores que llegan al país sin acompañamiento de un adulto. Estos menores precisan de una protección especial debido a que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Por regla general, los deseos de estos menores que llegan al país son conseguir un trabajo, para poder mejorar su calidad de vida y la de su familia de origen. Sin embargo, estos menores se encuentran en el país con obstáculos que dificultan la consecución de su proyecto migratorio, como por ejemplo las trabas en la regularización de su documentación, la soledad, la exclusión social y más factores. Estos y más obstáculos llevan a algunos de estos menores al consumo y abuso de sustancias, o a llevar a cabo conductas delictivas.

Para este trabajo, llevaré a cabo una búsqueda bibliográfica, además de una observación directa y documental en un Centro Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo. Con esto, trataré de dar respuesta a mis objetivos principales que serán: conocer la realidad de los menores marroquíes no acompañados antes, durante y después de su proceso migratorio; e identificar la relación entre el consumo de sustancias y la delincuencia en los menores marroquíes no acompañados del Centro. Con toda esta información, haré una propuesta de mejora en la intervención con estos menores, adaptada a las necesidades percibidas durante el estudio.

Abstract

This work focuses on the relationship between drug use and crime among unaccompanied Moroccan minors in Spain. Unaccompanied Foreign Minors are minors who arrive in the country without the accompaniment of an adult. These minors require special protection because they are in a particularly vulnerable situation. As a general rule, the wishes of these minors are to find a job, in order to improve their quality of life and to help their family of origin. However, these minors find themselves in the country with obstacles that make it difficult to achieve their migratory project, such as obstacles in the regularization of their documentation, loneliness, social exclusion and other factors. In addition, it is gathered that some of these minors suffer from problems derived from the consumption and abuse of substances.

For this work, I will carry out a bibliographic search, in addition to a direct and documentary observation in a Therapeutic Center for Foreign Minors with Behavior and/or Consumption Problems. With this, I will try to respond to my main objectives, which are: to know the reality of unaccompanied Moroccan minors before, during and after their migration process; and to identify the relationship between substance use and crime in Moroccan unaccompanied minors. With all this information, I will carry out a Drug Use Prevention Project, aimed at the Moroccan unaccompanied minors of the center, adapted to the needs perceived during the study.

Índice

1.Introducción. Finalidad del estudio	5
2. Objetivos e hipótesis de estudio	6
3. Metodología del trabajo.....	7
4.Marco teórico.....	8
4.1. Movimientos migratorios. Factores de atracción y de expulsión	8
4.2. Marruecos	9
4.2.1. Sistema de protección del menor en Marruecos.	10
4.2.2. Cultura migratoria de Marruecos.....	11
4.3. Marruecos y España.....	12
4.3.1. Acuerdos entre España y Marruecos sobre las migraciones	14
4.4. Migraciones de Marruecos a España.....	17
4.4.1. Población marroquí en España.....	17
4.4.2. Migraciones de menores marroquíes a España	17
4.5. Menores en España. Leyes y regulación	18
4.6. MENA. Menor Extranjero No Acompañado	19
4.7. Acogimiento residencial de menores. Centros de protección de menores.....	20
4.7.1. Derechos menores acogidos.	21
4.7.2. Centro específico para menores extranjeros con problemas de conducta y/o consumo de la Comunidad de Madrid.....	22
4.8. Drogas	22
4.8.1. Repercusión del uso o abuso de drogas en menores.....	23
4.8.2. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la infancia y adolescencia.....	24
4.8.3. Normalización del uso de Cannabis en Marruecos.....	27
4.9. Trastorno por Uso de Sustancias.....	28
4.10. Factores de riesgo y de protección de menores para llevar a cabo una conducta delictiva	28
4.11. Estudio sobre modos de ganar dinero de los Menores Marroquíes No Acompañados ..	30
5. Análisis	32
5.1. Análisis Marco Teórico	32
5.2. Análisis Observación Participante	36
5.3. Análisis Observación Documental.....	38
5.3.1. Factores de riesgo y de protección para el consumo de los menores que residen en el Centro Específico.....	38
5.3.2. Delitos cometidos por los menores	40

5.3.3. Trastornos por uso de sustancias de los menores	42
5.3.4. Delitos y Trastornos de Uso de Sustancias de los menores	43
5.3.5. Análisis del Centro Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo	45
6. Conclusiones.....	46
7. Propuesta de mejora: Formación en materia de adicciones a sustancias a los profesionales del Centro Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo	47
7.1. Objetivos del curso	48
7.2. Actividades.....	48
7.3. Sesiones del curso	50
7.4. Profesionales implicados	52
7.5. Valoración.....	52
7.6. Calendario	52
7.7. Resultados esperados	53
8. Bibliografía	54
9. ANEXOS.....	61

1.Introducción. Finalidad del estudio

Desde hace unos años en España, el fenómeno MENA (Menores Extranjeros No Acompañados) ha estado en el punto de mira de los partidos políticos españoles y la criminalización de este colectivo por parte de los medios de comunicación, las autoridades y la sociedad ha ido en aumento. Sin embargo, las estadísticas oficiales muestran que no existe relación directa entre el aumento de los menores migrantes no acompañados y el índice de delincuencia en España. El desconocimiento general y la invisibilización de la realidad a la que se tienen que enfrentar los menores extranjeros que llegan al país sin acompañamiento, hace que la población sea susceptible a creer lo que dicen ciertas fuentes de información como los medios o las autoridades políticas.

Las condiciones precarias en las que viven las personas en Marruecos, sumado con la falta de oportunidades en el país que les permitan tener una vida digna, lleva a muchos marroquíes a tomar la decisión de emigrar a España. Sin embargo, una vez en España se encuentran con una realidad muy diferente a la que se esperaban. Las trabas en la regularización de su documentación, el desconocimiento del idioma, la soledad, la exclusión social hacia este colectivo, entre otros factores, hacen que su proyecto migratorio quede frustrado, y lleva a muchos de estos menores al consumo de sustancias y a llevar a cabo conductas delictivas.

Este estudio tiene como finalidad demostrar la relación entre el consumo y la delincuencia de los menores marroquíes no acompañados en España. Para ello, utilizaré como técnicas de recogida de información una búsqueda bibliográfica de información, además de la observación participante y documental que he realizado durante 3 meses en un Centro Especifico de Tratamiento Terapéutico para Menores Extranjeros No Acompañados con Problemas de Conducta y/o Consumo. Los sujetos a los que se prestó atención fueron 8 menores marroquíes que residían en el centro. Secundariamente, se observó a los trabajadores del centro.

Con la observación participante y documental realizada, tuve como objetivo conocer la historia del menor: cómo era su vida en Marruecos, su proyecto y proceso migratorio, y su realidad una vez llegan a España. Se analizarán los factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias de los menores y del inicio de la delincuencia, además de los indicadores de relación entre el consumo y la delincuencia de los menores infractores del centro. 4 de los 8 menores marroquíes del Centro Especifico de Tratamiento Terapéutico que han sido observados, tienen diagnosticado un Trastorno por el Uso de Sustancias. 5 de los 9 menores son infractores y alguno de ellos está cumpliendo alguna medida judicial por la comisión de algún delito, como por ejemplo una medida de libertad vigilada.

Alguno de los menores, antes de llegar a España, tenían una historia de consumo de Cannabis, una sustancia bastante normalizada en Marruecos. Sin embargo, algunos de los menores del centro refieren que es cuando llegan a España, cuando empiezan a consumir otro tipo de sustancias como los inhalantes o el éxtasis. En el trabajo se explican las razones que expresan los menores del centro por las que empiezan a consumir estas sustancias, entre ellas para evitar el frío cuando duermen en la calle.

Los MENAS como bien su nombre indica, son menores extranjeros no acompañados. A pesar de su condición de inmigrantes, son menores, y no están acompañados en el país. La legislación regula el deber del Estado de proteger a los menores extranjeros no acompañados que se encuentren en territorio español, ya que se encuentran en situación de desamparo según lo dispuesto en el Art. 172 del Código Civil (BOE, 1889). Por todo esto, el Estado tendrá el deber de adoptar una serie de medidas de protección que mencionaré más adelante.

La creación del Centro Específico Terapéutico para Menores Extranjeros No Acompañados con Problemas de Conducta y/o Consumo, surge como respuesta a una necesidad real y a una problemática que lleva años gestándose. Después de haber estado observando no solo a los menores, sino a los profesionales y el funcionamiento del Centro, quiero demostrar con este trabajo la necesidad de adaptar la actuación de los profesionales y las actividades de este tipo de centros, a la deshabituación a las drogas de estos menores.

2. Objetivos e hipótesis de estudio

Objetivo principal 1: Conocer la realidad de los menores marroquíes no acompañados del Centro Terapéutico, antes, durante y después de su proceso migratorio.

Objetivos específicos:

- Analizar la figura del menor y el sistema de protección del menor en Marruecos
- Conocer sobre el proceso migratorio de los menores marroquíes que vienen a España
- Conocer la realidad de los menores marroquíes no acompañados cuando llegan a España
- Analizar el sistema de protección del menor en España
- Identificar los factores de riesgo y de protección de los menores para el inicio del consumo y de la delincuencia
- Conocer la historia delictiva de cada menor

Objetivo principal 2: Identificar la relación entre el consumo de sustancias y la delincuencia en los menores marroquíes no acompañados del Centro Terapéutico

Objetivos específicos:

- Conocer la historia de consumo de los menores (inicio, frecuencia y dependencia)
- Analizar la historia delictiva de los menores (tipología delictiva, reincidencia...)
- Investigar sobre las repercusiones del consumo de sustancias en menores
- Analizar la relación entre los menores que tienen algún Trastorno por el Uso de Sustancias con los delitos que han cometido.
- Conocer las razones expresadas por los menores del centro para cometer el delito.

Hipótesis principal: los menores marroquíes no acompañados que tienen dependencia a algún tipo de sustancia, tienen mayor probabilidad de cometer delitos.

3. Metodología del trabajo

Para este estudio he utilizado como técnica de recogida de información la observación participante que llevé a cabo durante tres meses, de octubre a diciembre del 2021, en un Centro Especializado para el Tratamiento Terapéutico de Menores Extranjeros No Acompañados con Problemas de Conducta y/o Consumo, de España. Durante ese tiempo he ido recogiendo información en un diario de campo sobre lo que he ido observando. Los sujetos observados son 8 menores marroquíes que residen en el centro. Además, he podido observar el funcionamiento y a los trabajadores del centro (equipo educativo, personal sanitario, psicóloga, trabajadora social y personal de seguridad del centro). Haré una observación documental de los expedientes de los menores. De los expedientes he utilizado la documentación del menor, el Proyecto Individual (PI), los informes sanitarios, sociales, psicológicos y educativos del centro y de centros anteriores y la información jurídica de los menores como las denuncias, las sentencias y las medidas judiciales adoptadas.

Se analizarán los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias de estos menores. Estos nos guiarán más adelante para diseñar una propuesta de mejora de la intervención, adaptada a las necesidades de éstos. La finalidad de la observación participante y documental es conocer al menor, su historia de vida, además de su historia delictiva y de consumo.

Para conocer mejor la realidad de los menores marroquíes no acompañados, he llevado a cabo una recogida bibliográfica de información. He querido hacer constar tanto la situación de los menores en Marruecos, como las características de su proceso migratorio y la realidad de los menores marroquíes una vez llegan a España solos y en una situación de completa vulnerabilidad.

En un primer momento, quise realizar una serie de entrevistas a los menores. Sin embargo, hubo varias razones que me llevaron a decidir no hacerlas y optar por ganarme su confianza. En primer lugar, los menores del centro no confiaban mucho en los trabajadores del centro, ya que las normas eran estrictas y los profesionales eran los que sancionaban en el caso de que las incumplieran. Esto hacía que los menores tuviesen una actitud de rechazo hacia la mayoría de los trabajadores (educadores, trabajadora social, psicóloga, médica y enfermero). Al entrar como alumna de prácticas, los menores no me veían como trabajadora. El no llevar el uniforme de trabajo ayudó también. Los menores eran muy reservados conmigo al principio al no conocerme, pero con el tiempo, al ver que era joven y que no era una trabajadora, empezaron a confiar más en mí. Con el tiempo, los menores me empezaron a contar sobre su proceso migratorio, su consumo y su historia delictiva, sin yo presionarles por que me la contasen. Gracias a las conversaciones informales que tuve con los menores durante la observación participante, obtuve la información que necesitaba.

4.Marco teórico

4.1. Movimientos migratorios. Factores de atracción y de expulsión

Los movimientos migratorios son desplazamientos de personas de un lugar a otro durante un tiempo concreto. Este fenómeno ha estado presente durante toda la historia de la humanidad. Los movimientos migratorios son los que han dado forma a las sociedades actuales, que en algún momento han sido emisoras o receptoras de migrantes. Hay dos tipos de movimientos migratorios: la emigración y la inmigración (Fundación Andaluza de Accesibilidad y Personas Sordas, 2009).

La Real Academia Española (s.f.), define la palabra emigrar como “dicho de una persona: abandonar su propio país para establecerse en otro extranjero” o “abandonar la residencia habitual en busca de mejores medios de vida dentro de su propio país”. Por lo tanto, el fenómeno de la emigración puede ocurrir de un país de origen a otro extranjero, o de un territorio a otro, ambos del mismo país de origen. La RAE (s.f.), a su vez, define inmigrar como “dicho de una persona: llegar a un país extranjero para radicarse en él” o como “instalarse en

un lugar distinto de donde vivía dentro del propio país, en busca de mejores medios de vida”. Así pues, la diferencia entre inmigración y emigración reside en que emigrante es el que se va, mientras que inmigrante es el que llega.

Según J.M. Regalado (comunicación personal, 12 de octubre de 2021), estos fenómenos migratorios ocurren por varios motivos o causas, a los cuales nos referimos más formalmente como factores de atracción o factores de expulsión. Los factores de expulsión, son aquellas características de un lugar o país de origen, que llevan a sus habitantes a emigrar a otros lugares. Por otro lado, los factores de atracción son aquellas características de un país o territorio que motivan a la gente a emigrar a ese territorio.

Para una mejor comprensión de los que son los factores de atracción y expulsión pondré algunos ejemplos. Los factores de expulsión de un determinado territorio o país pueden ser tanto económicos, como políticos, laborales, naturales o relacionados con los derechos humanos. La inestabilidad o las malas condiciones laborales, un sistema político autoritario o totalitario, la pobreza, las catástrofes naturales, la opresión en relación con los Derechos Humanos o cualquier otra variable que dificulte que una persona sea libre y pueda disfrutar de una vida digna en su país o lugar de origen, corresponden a factores de expulsión. Estos llevarán a la persona a tomar la decisión de iniciar un proceso migratorio hacia otro territorio o país donde pueda tener unas mejores condiciones de vida (J.M. Regalado, comunicación personal, 12 de octubre de 2021).

Los factores de atracción que puede tener un determinado territorio o país, al igual que los de expulsión, pueden ser económicos, laborales, políticos y naturales. La buena situación económica de un país o de sus habitantes, las buenas condiciones laborales, un sistema político democrático, una legislación que respete los derechos humanos, y más variables, son las que favorecen a que las personas migren a ese territorio en concreto (J.M. Regalado, comunicación personal, 12 de octubre de 2021).

4.2. Marruecos

Marruecos está situado en el norte de África. Tiene una superficie de 446.550 km² y su población es de 36.910.558 personas, por lo que su densidad de población es de 83 habitantes por km². Su capital es Rabat (Datos Macro, 2022).

Según el Índice de Desarrollo Humano llevado a cabo por el Programa de Naciones Unidas en 2019, en el ranking de desarrollo humano que comprende 196 países, Marruecos se encontraba en el puesto d. En 2020, la renta per cápita en Marruecos era de 2.718 euros. Además, en 2020,

Marruecos tenía una deuda pública de 75.795 millones de euros, que corresponde al 75,37% del PIB del país (Datos Macro, 2022; Naciones Unidas, 2019).

Según el artículo primero de la Constitución de Marruecos de 2011, “Marruecos es una monarquía constitucional, democrática, parlamentaria y social”. El actual rey de Marruecos es Mohamed VI (Daranas Peláez, 2011).



Mapa de Marruecos (Fuente: Google Maps, 2022)

4.2.1. Sistema de protección del menor en Marruecos.

En junio de 2011, se llevó a cabo una reforma constitucional que sustituía la Constitución marroquí de 1996, por la de 2011. Actualmente, la Constitución de 2011, es la norma fundamental para el reino de Marruecos (La Vanguardia, 2011).

La Constitución de 2011, refiere que la ley marroquí es igual para todos los ciudadanos, independientemente de su género. El artículo 6 de la Constitución sostiene que “la ley es la expresión suprema de la voluntad nacional. Todas las personas naturales y jurídicas, incluyendo los poderes públicos, son iguales ante ella y están obligadas a observarla” (Daranas Peláez, 2011).

En Marruecos, la mayoría de edad se alcanza a los 18 años. Sin embargo, la única vez que se hace referencia al paso entre la minoría y mayoría de edad en la Constitución de 2011, es en el Artículo 44, que refiere que “el Rey no alcanza la mayoría de edad hasta finalizar el año en que haya cumplido los dieciocho de edad.” En dicha Constitución, se hace referencia en dos ocasiones a los niños. En el Artículo 32, se habla sobre el deber del Estado de “protección de los derechos sociales y económicos de la familia para su estabilidad y preservación (...) la

enseñanza básica es un derecho del niño y un deber de la familia y del Estado” (Daranas Peláez, 2011).

Por otro lado, en el artículo 34 de dicha Constitución, se presenta el deber de los poderes públicos de llevar a cabo políticas dirigidas a personas y grupos con necesidades especiales. Entre estas personas con necesidades especiales, están “las madres desvalidas y niños y ancianos en situación precaria” (Daranas Peláez, 2011).

Con todo esto, podemos comprobar que la legislación marroquí en relación con los menores de edad es deficitaria. En la Constitución de 2011, que supone actualmente norma fundamental para el reino, se define a los menores como un grupo de personas con necesidades especiales, y la regulación es igual tanto para los menores, como para los discapacitados, las madres, los ancianos, etc.

El sistema de protección social del menor en Marruecos es deficitario y en situaciones de precariedad es común esperar que el menor contribuya a los gastos familiares. (Moré, 2005) “Aunque el empleo juvenil es escaso y bastante precario, muchos niños se incorporan precozmente al mundo profesional, antes incluso de cumplir quince años” (Backeberg, 2018; como citó Herrera-Pastor, 2022).

4.2.2. Cultura migratoria de Marruecos

El concepto de “cultura migratoria” surge en contraposición a los trabajos que explican los procesos migratorios en base a incentivos meramente económicos. (...) entre los estímulos que intervienen en la decisión migratoria, el componente económico cumple un papel relevante pero insuficiente: necesita de un componente sociocultural que lo complemente. (Barros, Soriano y Trinidad, 2022)

Estos autores, definen la cultura migratoria como el “proceso de socialización a partir del cual los miembros de una comunidad comparten un conjunto de actitudes, creencias y valores referentes al fenómeno migratorio”. Los autores afirman que “la mayoría de trabajos (Aderghal, 2014; Berriane, 2014; Timmerman et al., 2014) apuntan a que la emigración continúa siendo considerada como el principal medio para mejorar el bienestar personal y familiar” (Barros, Soriano y Trinidad, 2022).

El norte de la región marroquí de Tánger-Tetuán-Alhucemas ha contemplado en las últimas décadas un extraordinario crecimiento de su tejido industrial, especialmente mediante el asentamiento de numerosas Empresas Manufactureras de Exportación. Estas empresas se caracterizan por un uso intensivo del factor trabajo y una flexibilidad en las condiciones laborales (Barros, Soriano y Trinidad, 2022).

El estratégico emplazamiento del norte de Marruecos, que ofrece unos menores costes de exportación hacia los lugares de consumo (...), ha permitido que la región cuente hoy con cerca de 1.000 empresas del sector industrial, las cuales emplean a más de 100.000 trabajadores y exportan el 70,3% de su producción. (Barros, Soriano y Trinidad, 2022)

La gobernanza pública ha llevado a cabo una estrategia de permisividad en el control de la legislación laboral, que ha supuesto la precarización de las condiciones laborales. Esto, unido con la inflación de los precios que choca con los bajos salarios, la sensación general de privación relativa, y demás factores, hará que muchos de estos trabajadores trasladen la búsqueda del bienestar hacia la migración internacional. Esto, unido con la arraigada cultura migratoria, reforzará los deseos de migrar, sobre todo en los varones, jóvenes, solteros y con pocas cargas familiares. “Asimismo, las Empresas Manufactureras de Exportación se han articulado como facilitadoras del proceso migratorio: disponer de un contrato laboral permite, en el caso de España, cumplir los requisitos para obtener un visado de corta duración” (Barros, Soriano y Trinidad, 2022).

Por todo esto, podemos decir que el proceso de industrialización en el norte de Marruecos, ha tenido una gran repercusión en la cultura migratoria de Marruecos. Las EME han facilitado el proceso migratorio de sus trabajadores “convirtiéndose en un trampolín indirecto para la emigración” (Barros, Soriano y Trinidad, 2022).

Además de las razones expuestas, algunas más llevan a la población marroquí a emigrar a España. Tal y como señalaban los datos del Índice de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas (2019), el desarrollo humano en cuestiones como la salud, la educación y los ingresos económicos de Marruecos y de España son muy diferentes. En 2019, Marruecos se encontraba en el puesto número 121 del ranking de desarrollo humano, mientras que España se encontraba en el puesto 25.

Las diferencias entre los dos países en aspectos como la salud o la situación económica de la población, también tienen gran peso en la decisión de la población marroquí de emigrar a España (López García, 2004).

4.3. Marruecos y España

Según Sánchez, Molero y Domínguez (2006):

Para Naciones Unidas la mundialización, más allá de la libre circulación de dinero, supone la progresiva integración cultural, tecnológica y política, ofreciendo grandes oportunidades para el adelanto y el Desarrollo Humano. La intensificación del

comercio, nuevas tecnologías, inversiones extranjeras, la expansión de los medios de comunicación (..), están alimentando el crecimiento económico y el adelanto humano. Todo este potencial podría erradicar la pobreza en el s. XXI. Sin embargo, cuando el mercado va demasiado lejos y se descontrola, el efecto social más directo es el incremento de la desigualdad, concentrando el poder y la riqueza en un grupo selecto de personas, países y empresas que deja al margen a los demás.

Es importante destacar que a pesar del crecimiento económico en esta última década y de los adelantos tecnológicos actuales, la marginalidad y la desigualdad social es cada vez mayor. Esta situación de injusticia social a nivel «macro», no se puede olvidar cuando se pretende llevar a cabo un Plan de Desarrollo Humano a nivel «micro», en una zona muy deprimida de un país, como por ejemplo el caso que nos ocupa en este trabajo, Marruecos. (Sánchez, Molero y Domínguez, 2006)

Los países de España y Marruecos están separados por el Estrecho de Gibraltar. La distancia más corta entre los dos países es de 14 kilómetros, desde la punta Cires en Marruecos a la isla de Tarifa en España. 14 kilómetros separan los dos continentes: Europa y África (Belguendouz, 2002).

El Índice de Desarrollo Humano que lleva a cabo el Programa de Naciones Unidas cada año, pretende analizar aspectos como la salud, la educación y la situación económica de todos los países. Es aquí donde desigualdad entre los dos países se hace visible.

El Índice de Desarrollo Humano, llevado a cabo en 196 países, colocaba a Marruecos en 2005 en el puesto 128. Ese mismo año, España se encontraba en el puesto 28 (Programa de Naciones Unidas, 2005).

14 años después, las cifras no habían cambiado mucho. En 2019, Marruecos se encontraba en el puesto 121 en el Índice de Desarrollo Humano. Los datos obtenidos señalaban qué en 2019, la esperanza de vida de Marruecos era de 76,68 años, la tasa de mortalidad 5,06% y su renta per cápita era de 2.936 euros (Programa de Naciones Unidas, 2019).

De los mismos datos obtenidos en el Índice, España se encontraba en el puesto 25 del ranking. En 2019, la esperanza de vida en España era de 83,58 años, la tasa de mortalidad es de 8,83% y su renta per cápita es de 26.420 euros (Programa de Naciones Unidas, 2019).



Mapa de España y Marruecos (Fuente: Google Maps, 2022)

4.3.1. Acuerdos entre España y Marruecos sobre las migraciones

Según Escribano (2010), Marruecos tiene una gran importancia desde su independencia, en 1956, en la política exterior de España. La internalización de la empresa española y los intercambios entre las dos orillas del Estrecho llevaron a los dos países a establecer numerosos convenios entre ellos. Los múltiples intercambios humanos, económicos y culturales llevaron a los dos países a formar acuerdos migratorios, para crear así un marco legal y preservar los derechos de los ciudadanos de ambos países (Nayma, 2006).

En 1979, en plena transición democrática en España, se firmó el Convenio sobre la Seguridad Social, que marcó el inicio de las relaciones bilaterales en materia de migraciones entre España y Marruecos. Este convenio sentó las bases de una cooperación laboral que perdura hasta la fecha (Boundi, 2021).

Según Boundi (2021), Marruecos tiene más acuerdos y convenios firmados con España en materia de migraciones que con cualquier otro país. Estos acuerdos buscan consolidar una política enfocada en la lucha contra el tráfico de seres humanos y la regularización de la circulación de personas.

Desde 1956 a 2005, se habían firmado 105 tratados entre España y Marruecos. Detrás de Francia, con 148 tratados firmados con España, Marruecos estaba el segundo en el ranking de tratados internacionales que España había firmado con otros países. De los 105 tratados, 18 eran referidos a las migraciones (Boundi, 2021, citando a Torrejón Rodríguez, 2006). Uno de

ellos fue el Tratado de Amistad, Buena Vecindad y Cooperación, firmado el 4 de julio de 1991, que ayudó a instaurar “un ambiente de solidaridad y cooperación entre ambos países” (Nayma, 2006).

En 1985, se firmó en España la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros, la cual incorpora restricciones de entrada en el territorio español. No obstante, hasta la década de los 90, a los marroquíes que vivían en Europa solo se les requería el pasaporte para transitar por la península ibérica. El crecimiento económico de España en el periodo de 1994 a 2007, llevó consigo un déficit de mano de obra en los sectores productivos. España se convirtió en un destino de inmigración con altas tasas de irregularidad, motivo por el cual en 1992 se firmó un acuerdo hispano-marroquí sobre el tránsito y readmisión de personas indocumentadas de terceros países.

España y Marruecos tuvieron que renovar sus acuerdos, cuando España ingresó en la Comunidad Económica Europea, ahora la Unión Europea (UE), en 1986 (Boundi, 2021).

Según Boundi (2021), los marroquíes eran por aquel entonces “la comunidad extracomunitaria más numerosa en España, un dato corroborado tras el primer Proceso de Regularización Extraordinaria de los extranjeros acaecido en 1991. Contaba en la misma fecha con 64.650 personas documentadas y otras 8.000 “sin papeles”. La integración de España en la Comunidad Económica Europea, y la aplicación del Acuerdo de Schengen en 1995, “cambiaron el concepto de vecindad entre España y Marruecos adaptándolo a las normas comunitarias que regulan la circulación de las personas”. En los años 1990 y 2000, se llevaron a cabo una serie de nuevos acuerdos que darían respuesta a la nueva política migratoria de la Unión Europea. (Boundi, 2021)

El Acuerdo de Schengen de 1995, refiere que “están exentos de visado de entrada los marroquíes empadronados en las provincias fronterizas marroquíes de Tetuán y Nador que trabajan o efectúan diariamente negocios en Ceuta y Melilla”. A los marroquíes que fueran originales de otras partes de Marruecos, se les exigía un visado para visitar estas dos ciudades. Este documento regularizaba la entrada a estas dos ciudades, sin embargo, España tenía la potestad de “seguir aplicando controles de identidad y exigir otra serie de documentos en las conexiones marítimas y aéreas provenientes de Ceuta y Melilla” (Boundi, 2021, citando el BOE, 1995). El Convenio de Seguridad Social, firmado en 1979, “sigue siendo un logro altamente significativo en el desarrollo de los intercambios humanos” (Boundi, 2021, citando el BOE, 1982).

En las últimas décadas, las migraciones de Marruecos a España han ido en aumento. Según Casey y Bautista (2021), la tensión entre los dos países por las migraciones, se agravaron

durante la pandemia, que causó que las economías de ambos lados de la frontera quedasen paralizadas.

El 17 de mayo de 2021, ocurrió algo que cambiaría las relaciones entre los países en cuestión de migraciones. Como señala Ayuso (2021), los gobiernos de España y Marruecos rompieron su acuerdo “por el que el reino alauí ejercía como muro de contención para evitar la entrada masiva de migrantes procedentes del Magreb y de Sahel en nuestro país.” Tal y como señaló el Ministerio de Exteriores, la razón de ello fue la acogida por “razones humanitarias” del líder del Frente Polisario, Brahim Gali, para que pudiera ser atendido tras contraer el coronavirus, en el Hospital San Pedro de Logroño (Ayuso, 2021).

“A principios de mayo, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Marruecos advirtió a España de que habría consecuencias por ayudar al líder del Frente Polisario” (Casey y Bautista, 2021).

José Ignacio Torreblanca, profesor de política en la Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, señaló que Marruecos estaba usando ahora su control sobre los migrantes en la frontera para presionar a España con la finalidad de que se ponga de su lado en el conflicto del Sahara Occidental, siguiendo el ejemplo del gobierno de Donald Trump, que el año pasado reconoció la presunta soberanía de Marruecos sobre el Sahara Occidental (Casey y Bautista, 2021).

“Pocas horas después de que los migrantes empezaran a entrar en Ceuta, España aprobó una ayuda de 30 millones de euros, unos 37 millones de dólares, a Marruecos para vigilancia de la frontera” (Casey y Bautista, 2021). Sin embargo, la entrada de personas a Ceuta era ya irreversible. El ejército marroquí permitió la entrada masiva de inmigrantes a España, sumando un total de 12.000 personas que cruzaron en dos días la frontera de Ceuta, con la esperanza de llegar a la península española (Casey y Bautista, 2021).

Después de 10 meses, este pasado viernes, 18 de marzo de 2022, daba por concluida la crisis diplomática entre España y Marruecos, cuando el Gobierno español abandonó su tradicional postura neutral en el conflicto del Sahara y tomó partido por Rabat.

Según Peregil y González (2022):

Fuentes gubernamentales sostienen que España ha obtenido garantías de que no se repetirán “acciones unilaterales”, como la entrada irregular de más de 10.000 inmigrantes en Ceuta, los días 17 y 18 de mayo de 2021, o la extensión de la zona económica exclusiva marroquí hasta aguas de Canarias; de que se respetará “la integridad territorial” de España, incluidas las dos ciudades autónomas del norte de África; y que Marruecos cooperará “en la gestión de los flujos migratorios en el

Mediterráneo y el Atlántico. Sin embargo, estos compromisos figuran en el comunicado del Gobierno español, pero no en el del Ministerio de Exteriores marroquí.

4.4. Migraciones de Marruecos a España

4.4.1. Población marroquí en España

En 2021, 775.936 personas originales de Marruecos emigraron a España. Estos fueron 15.000 marroquíes más que en el año anterior (Statista, 2021).

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021), 869.661 marroquíes se encontraban en 2021 en España en situación administrativa regular. Dentro de estos, 268.749 personas estaban afiliadas a la Seguridad Social en julio de 2021 (Seguridad Social, 2021) y 2.658 de ellas llegaron con autorización de residencia por estudios (Gobierno de España, 2021). Además, 267.973 personas marroquíes adquirieron la nacionalidad española entre 1994 y 2019 (INE, 2021).

En la Encuesta de Población Activa (Instituto Nacional de Estadística, 2020), la mayor parte de la población marroquí se encontraba en Barcelona (15,93%) y en Murcia (10,37%). En 2020 en la Comunidad de Madrid, vivían un total de 81.298 marroquíes en situación regular, que corresponden al 9,39% de la población marroquí en España (INE, 2021).

4.4.2. Migraciones de menores marroquíes a España

Las emigraciones de niños y menores a España comienzan a mediados de los años noventa, y ha ido aumentando considerablemente en las últimas décadas. Estos menores son los protagonistas de su proyecto migratorio, y llegan a España sin la compañía de un familiar adulto (Aznar y González, 2021).

La gran mayoría de los menores extranjeros no acompañados que llegan a España son nacionales del territorio de Magreb, en especial de Marruecos y Argelia. Sin embargo, también hay menores no acompañados procedentes de África Subsahariana, Europa del Este y Oriente Medio (Accem, s.f.).

La entrada de muchos de estos menores se lleva a cabo desde el puerto de Ceuta, en las embarcaciones denominadas pateras; además de otras maneras de entrar, como bajo los camiones o de polizones en los barcos. A muchos de los menores que llegan a España sin acompañamiento, se añade además que llegan sin documentación de su país de origen (A. Tirado, comunicación personal, 20 de noviembre de 2021).

Como dice Herrera-Pastor (2022):

Las características vitales en los contextos de origen (con unas condiciones de vida muy precarias y unas cotas de bienestar muy bajas), unido a unas expectativas de futuro muy restringidas, suelen ser los principales motivos que animan a migrar a estos menores, a pesar de todos los riesgos que conlleva.

“Querer escapar de esa situación y tratar de buscar un futuro mejor es legítimo, por eso se reivindica que no se discrimine a estos jóvenes en los países receptores, ya bastantes dificultades y amenazas tienen que afrontar en solitario” (Herrera-Pastor, 2022).

4.5. Menores en España. Leyes y regulación

UNICEF (1990) define menor de edad a cualquier persona menor de 18 años que es beneficiaria de una serie de derechos y deberes. Por lo tanto, es esencial asegurar y promover el respeto de su dignidad humana e integridad física y psicológica, previniendo toda forma de violencia (Programa de Naciones Unidas, 1989; BOE, 2021).

La Ley Orgánica 8/2021 (BOE, 2021), de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia, tiene como objetivo garantizar los derechos fundamentales y proteger la integridad física, psíquica, psicológica y moral de los menores, frente a cualquier tipo de violencia. Para ello, se establecen medidas de protección integral, como la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño.

En el artículo primero de la ley (BOE, 2021), se define violencia como “toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital”.

Esta ley se aplica a cualquier menor de edad que se encuentre en territorio nacional, con independencia de su nacionalidad o de su situación administrativa, y a los menores españoles que estén fuera de territorio nacional en los términos establecidos en el artículo 51 de la presente ley (BOE, 2021).

Según la Ley orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor (BOE, 1996), los menores extranjeros que se encuentren en territorio español tienen el mismo derecho a la educación, a la asistencia sanitaria y a los servicios y prestaciones sociales básicas que los menores españoles. Además:

Las Administraciones Públicas velarán por los grupos especialmente vulnerables como los menores extranjeros no acompañados (...) los poderes públicos, en el diseño y elaboración de las políticas públicas, tendrán como objetivo lograr la plena integración

de los menores extranjeros en la sociedad española, mientras permanezcan en el territorio del Estado español (BOE, 1996).

4.6. MENA. Menor Extranjero No Acompañado

Son considerados Menores Extranjeros No Acompañados los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y de origen extranjero, que llegan a España solos, sin la presencia de un adulto (Accem, s.f.).

Según el Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (Gobierno de España, 2019), 3 de cada 10 menores tutelados en España en 2019 eran menores extranjeros no acompañados, o sea 9030 menores extranjeros. Sin embargo, estos datos no son exactos porque es difícil cuantificar todos los menores extranjeros no acompañados que hay en España, debido a su situación administrativa irregular.

El perfil de los Menores Extranjeros No Acompañados de Marruecos que describe la ONG Save the Children (s.f.), es el de “niños sin papeles y desprotegidos, muchos de ellos sin familias y en riesgo de exclusión social”.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989), obliga al Estado español a proteger al menor no acompañado una vez está en territorio español, a través del sistema de protección a la infancia. Cuando los menores llegan a España, suelen ser atendidos primeramente por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (A. Tirado, comunicación personal, 20 de noviembre de 2021), que tienen unos deberes definidos en el artículo 35.3 de la Ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero (BOE, 2000). En él se refiere que los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, una vez localicen a un extranjero, si no pueden determinar su minoría de edad con seguridad, deberán atenderle inmediatamente y lo pondrán en conocimiento al Ministerio Fiscal, que actuará en colaboración con las instituciones sanitarias oportunas para la determinación de su edad. Una vez determinada la edad, si se trata de un menor de edad, el Ministerio Fiscal lo pondrá en disposición de los servicios competentes de protección de menores de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre (BOE, 2000).

Los menores extranjeros no acompañados que llegan a España se encuentran en una situación de desamparo, definida en la Ley Orgánica 1/1996 del 15 de enero (BOE, 1996), como “lo que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”. Debido a que los progenitores de los menores se encuentran en otro país, es para ellos imposible asumir los deberes de protección del menor. Es por ello por lo que los menores extranjeros no acompañados se encuentran

intrínsecamente en una situación de desamparo desde que llegan al país (Tirado, A., comunicación personal, 20 de noviembre de 2021).

De ello también se desprende que las Administraciones Públicas tengan que asumir los deberes de protección del menor en la manera prevista en el artículo 172 del Código Civil (BOE, 1996).

“Cuando la Entidad Pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal y, en su caso, del Juez que acordó la tutela ordinaria” (BOE, 1996).

Según lo dispuesto en la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (BOE, 2015), cuando la Entidad Pública asuma la tutela o guarda del menor, tendrá que confeccionar un plan individualizado de protección para el menor, donde se establecerán una serie de objetivos, una previsión y el plazo de las medidas que se adopten.

En el caso de los menores migrantes no acompañados, “se procurará la búsqueda de su familia y el restablecimiento de la convivencia familiar, iniciando el procedimiento correspondiente, siempre que se estime que dicha medida responde a su interés superior y no coloque al menor o a su familia en una situación que ponga en riesgo su seguridad” (BOE, 2015).

4.7. Acogimiento residencial de menores. Centros de protección de menores

Los centros de protección de menores son instituciones que asumen temporalmente la guarda y tutela de los niños, niñas y adolescentes que carecen de un entorno adecuado para satisfacer las necesidades biológicas, afectivas y sociales del menor. Estos centros tienen como principal objetivo darles a estos menores un entorno familiar seguro y donde puedan desarrollarse, tal y como recoge la Ley 26/2015 del 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia. Los menores que residen en los centros de menores, tienen unos derechos que están regulados en dicha ley (BOE, 2015).

Los centros residenciales nacieron con el fin de proporcionar al menor un ambiente familiar, durante su estancia en el centro, que se intenta que sea lo más corta posible (Muñoz, 2021).

Esto se debe a que varios estudios han observado que una estancia prolongada de los menores en centros de acogida puede causar problemas emocionales en los menores, como depresión, ansiedad o el aislamiento (Llanos, Bravo y del Valle, 2006; como citó Muñoz, 2021).

Dentro de los centros residenciales se puede experimentar problemas emocionales y de conducta, además de un aumento del sentimiento de inseguridad entre los menores,

reclamando una atención socio-educativa e individualizada para favorecer la convivencia entre los menores, aumento de la autoestima de estos y prepararles hacia la independencia tras el abandono del centro (Muñoz, 2021).

4.7.1. Derechos de los menores acogidos.

En el Artículo 21 bis de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia se recogen los derechos de los menores que se encuentran acogidos, independientemente de la modalidad de acogimiento en el que se encuentre el menor. Algunos de los derechos del menor acogido son (BOE, 2015):

1. “Ser oído en los términos del artículo 9 y, en su caso, ser parte en el proceso de oposición a las medidas de protección y declaración en situación de desamparo de acuerdo con la normativa aplicable, y en función de su edad y madurez. Para ello tiene derecho a ser informado y notificado de todas las resoluciones de formalización y cese del acogimiento”
2. “A ser reconocido como beneficiario del derecho a asistencia jurídica gratuita cuando se encuentre en situación de desamparo”
3. “A dirigirse directamente a la Entidad Pública y ser informado de cualquier hecho, trascendente relativo al acogimiento”
4. “A relacionarse con su familia de origen en el marco del régimen de visitas, relación y comunicación establecido por la Entidad Pública”.
5. “A poner en conocimiento del Ministerio Fiscal las reclamaciones o quejas que considere, sobre las circunstancias de su acogimiento”.
6. “A recibir el apoyo educativo y psicoterapéutico por parte de la Entidad Pública, para superar trastornos psicosociales de origen, medida esta aplicable tanto en acogimiento residencial, como en acogimiento familiar”.
7. “A recibir el apoyo educativo y psicoterapéutico que sea necesario”.

Según el Artículo 21 bis (BOE, 2015), en los supuestos de acogimiento residencial, los menores acogidos tienen además los siguientes derechos:

1. “A respeto a la privacidad y a conservar sus pertenencias personales siempre que no sean inadecuadas para el contexto educativo”.
2. “A participar en la elaboración de la programación de actividades del centro y en el desarrollo de las mismas”.

3. “A ser escuchado en caso de queja y ser informado de todos los sistemas de atención y reclamación que tienen a su alcance, incluido el derecho de audiencia en la Entidad Pública”.

4.7.2. Centro específico para menores extranjeros con problemas de conducta y/o consumo de la Comunidad de Madrid

En 2019, se abrió en la Comunidad de Madrid el primer centro específico para migrantes no acompañados con problemas de conducta y/o consumo de sustancias (Comunidad de Madrid, s.f.).

Según lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero (BOE, 1996): El acogimiento residencial en estos centros se realizará exclusivamente cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección, y tendrá como finalidad proporcionar al menor un marco adecuado para su educación, la normalización de su conducta, su reintegración familiar cuando sea posible, y el libre y armónico desarrollo de su personalidad, en un contexto estructurado y con programas específicos en el marco de un proyecto educativo. Además, en el artículo 26 de la misma ley, se refiere que:

Los menores recibirán a su ingreso en el centro, información escrita sobre sus derechos y deberes, las normas de funcionamiento del centro, las cuestiones de organización general, el régimen educativo, el régimen disciplinario y los medios para formular peticiones, quejas y recursos. Dicha información se transmitirá de forma que se garantice su comprensión en atención a la edad y a las circunstancias del menor.

Además, en la ley mencionada, se regulan las medidas de seguridad y de contención, el aislamiento del menor, los registros personales y materiales, el régimen disciplinario, la supervisión y control, la administración de medicamentos, el régimen de visitas, los permisos de salida y el régimen de comunicaciones de los menores que residen en el centro específico de protección (BOE, 1996).

4.8. Drogas

Según la OMS, las drogas son “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.”

Cuando nos referimos a abuso de sustancias, hacemos referencia al consumo repetido de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. El uso de la sustancia

se hace en medidas desproporcionadas y sin tener conciencia de los problemas asociados a la sustancia (Rafael Linares y Batlle Villa, s.f.).

La dependencia a una sustancia supone una serie de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que impiden al consumidor controlar su nivel de consumo y que crea en él una necesidad de consumir cierta sustancia. El consumo repetido de la sustancia provoca una disminución de las respuestas a la misma cantidad de esa sustancia. Por lo tanto, el consumidor necesitará consumir una mayor cantidad de sustancia para provocar el mismo efecto. A esto se le llama tolerancia (Juan Rico Bermejo, comunicación personal, febrero de 2021).

El síndrome de abstinencia hace referencia a un cambio desadaptativo del comportamiento, de la fisiología y de los procesos cognoscitivos (para generar y asimilar conceptos), debidos al cese del uso de la sustancia. La intensidad y el tiempo que dure el síndrome de abstinencia depende de la cantidad, frecuencia y el tipo de sustancia que consuma la persona (Rafael Linares y Batlle Villa, s.f.).

Las drogas están clasificadas según su grado de dependencia en drogas duras y drogas blandas. Las drogas duras son aquellas consideradas como más peligrosas, ya que tienen mayor toxicidad y crean dependencia con mayor rapidez. Estas sustancias suelen provocar una dependencia física y psicosocial. Algún ejemplo de drogas duras son la cocaína, el éxtasis, la heroína, el LSD, etc. Por otro lado, las drogas blandas son aquellas que poseen menos toxicidad y crean dependencia con menor rapidez. Estas sustancias suelen crear una dependencia psicosocial. Algún ejemplo de sustancias consideradas drogas blandas son el alcohol, el tabaco o las derivadas del cáñamo, como el hachís o la marihuana (Juan Rico Bermejo, comunicación personal, febrero de 2021).

4.8.1. Repercusión del uso o abuso de drogas en menores

El consumo de drogas a una edad temprana, provoca una serie de consecuencias irreversibles en la persona consumidora. “El consumo temprano de drogas daña el desarrollo psicosocial y neurocognitivo, y aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes al uso posterior de sustancias lícitas e ilícitas, fracaso académico, conductas sexuales de alto riesgo, y problemas de salud mental” (Atherton, Conger, Ferrer y Robins, 2015).

Según el National Center for Injury, Prevention and Control (2021), “la marihuana afecta el desarrollo del cerebro. Cuando el cerebro todavía se está desarrollando, como en los bebés, los niños y los adolescentes, es particularmente susceptible a los efectos dañinos de la marihuana y del tetrahidrocanabinol (THC)”.

El consumo de marihuana antes de los 18 años de edad puede afectar la forma en que el cerebro crea las conexiones para funciones tales como la atención, la memoria y el aprendizaje. Los efectos de la marihuana en la atención, la memoria y el aprendizaje pueden durar mucho tiempo o incluso ser permanentes (National Center for Injury Prevention and Control, 2021).

“El riesgo de presentar trastorno por consumo de marihuana es mayor en las personas que comienzan a consumir marihuana durante la juventud o la adolescencia y en las que la consumen marihuana con más frecuencia” (National Center for Injury Prevention and Control, 2021).

Agualongo y Robalino (2020), en su estudio sobre las consecuencias de las drogas en las funciones ejecutivas en adolescentes y jóvenes, evalúan a 27 participantes de 15 a 25 años que son consumidores de algún tipo de sustancia. Para ello, utilizan como instrumentos de medición la prueba batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales BANFE-1. Este instrumento trata de determinar las habilidades ejecutivas mayormente afectadas en el desempeño cognitivo de la muestra. Los resultados fueron reveladores.

40% de los sujetos estudiados presentaban alteración leve y un 50% alteración severa. Solo un 10% de la población no tenía una alteración en el lóbulo prefrontal del cerebro, que corresponde al funcionamiento ejecutivo global. Agualongo y Robalino (2020) definen estas funciones como “aquellas que permiten al ser humano prever, organizar información, razonar, generar metas y planes, inhibir conductas, entre otras, para construir estrategias tanto cognitivas, conductuales y emocionales necesarias para resolver problemas”.

4.8.2. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la infancia y adolescencia

Los **factores de riesgo del consumo** son características del individuo o su entorno que hace que sea más susceptible a iniciar el consumo a alguna sustancia. Los factores de riesgo reconocidos son características de la infancia y adolescencia. En este caso, he dividido los factores de riesgo aportados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas y la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en 4 categorías: individuales, familiares, del grupo de iguales y escolares o formativos.

FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO			
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA			
INDIVIDUALES	FAMILIARES	DEL GRUPO DE IGUALES	ESCOLARES/ FORMATIVOS
Biológicos (Consumo de drogas de la madre durante el embarazo)	Falta de supervisión de los padres	Actitudes favorables hacia el consumo	Abandono/ Fracaso escolar
Ausencia de valores de vida saludable	Situación económica precaria	Consumo en el grupo de iguales	Problemas con los compañeros de clase o profesores
Trastornos de conducta o de salud mental	Consumo de miembros de la familia (padres, hermanos...)	Conducta antisocial o delincuencial del grupo de iguales	Actitudes positivas por parte de profesores o compañeros de clase hacia las drogas
Falta de control de impulsos/ impulsividad	Falta de normas y límites	Rechazo por parte de los iguales	Falta de supervisión de los docentes
Agresividad	Conflicto familiar	Presión grupal	Falta de motivación
Abuso sexual, físico o psicológico	Historia familiar de conducta antisocial o delictiva		Bajas expectativas de futuro
Disponibilidad de las drogas	Actitudes parentales favorables al consumo de drogas		
Falta de conciencia de las consecuencias de las drogas	Bajas expectativas para los hijos		
Ausencia de valores ético-morales			
Relaciones negativas con los adultos			

Fuente: Elaboración propia según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004; Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2015.

En la medida que los menores marroquíes hayan sufrido durante su infancia una o varias de estas situaciones, serán más o menos vulnerable de iniciar un consumo de sustancias.

Reconocer los factores de riesgo de una persona es importante para poder llevar a cabo una

intervención individualizada adaptada de la mejor manera a las necesidades de la persona.
(López y Rodríguez-Arias, 2010)

Los **factores de protección del consumo de drogas** son características del individuo o su entorno que hacen que sea menos probable que inicie el consumo de sustancias. Los factores de protección identificados son características de la infancia y adolescencia. Estos factores de protección se han dividido en cuatro categorías: individual, familiar, de grupo de iguales y escolares o formativos.

FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO			
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA			
INDIVIDUALES	FAMILIARES	DEL GRUPO DE IGUALES	ESCOLARES/ FORMATIVOS
Autocontrol	Apego familiar	Apego con iguales que no consumen	Ambiente escolar positivo
Conciencia de las consecuencias de las drogas	Creencias y valores saludables	Apego con iguales que están implicados en la escuela	Cuidado y apoyo de los profesores
Habilidades sociales	Supervisión de los padres	No ser influenciable por los iguales	Refuerzos y reconocimientos por la implicación
Inteligencia alta	Límites y normas	Apego con iguales con hábitos saludables	Creencias saludables
Actitud negativa hacia el consumo	Dinámica familiar positiva		Normas y límites claros
Relación positiva con los adultos	Actitud desfavorable al consumo de drogas		Clima positivo (entre alumnos y profesores)
Creencias religiosas	Ambiente de confianza		

Fuente: Elaboración propia según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004; Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2015.

Los factores de protección que hayan tenido los menores marroquíes en su infancia y adolescencia habrán contribuido a que sean menos susceptibles a comenzar el consumo de

drogas. Reconocer los factores de protección es importante para poder trabajar con ellos, potenciándolos (López y Rodríguez-Arias, 2010).

4.8.3. Normalización del uso de Cannabis en Marruecos

Según El Periódico (2021), el país de Marruecos es el principal productor de cannabis del mundo. Al menos 400.000 marroquíes viven del cultivo de cannabis, principalmente en explotaciones pequeñas en el norte del país. Las provincias donde se concentran los cultivos de cannabis son principalmente Alhucemas, Chauen, Ouazzane, Taunat, Larache y Tetuán.

Como nos dice Peregil (16 de junio de 2021) en su artículo para El País, la cámara de representantes del Parlamento marroquí aprobó el día 15 de junio de 2021 a favor del uso terapéutico del cannabis y en contra del uso industrial de esta sustancia. La comercialización del cannabis terapéutico de Marruecos en el mercado europeo tendrá como principales países receptores a España, los Países Bajos, Reino Unido y Alemania. Se estima que podría significar en cifras 20.800 millones de euros para 2028 (Peregil, 2021).

En la actualidad, podemos encontrar pocos estudios recientes sobre el consumo de cannabis en Marruecos. Sánchez, Molero y Domínguez (2006), llevaron a cabo un estudio en Zoumi, uno de los principales pueblos de producción de cannabis de Marruecos. Los autores refieren que “un sector de la población, con mayor peso de mujeres, ven el cultivo del cannabis como problemático por diversas razones. Los problemas de salud derivados del consumo excesivo de cánnabis afectan a la vida cotidiana (costumbres, tradiciones, normas de conducta, etc.) de los lugareños de Zoumi.” Además, “también se reconoce que los grandes beneficios del cultivo del cannabis no quedan en las zonas productoras, como Zoumi, sino que van a manos de los intermediarios, que multiplican el precio del producto.”

El estudio realizado (Sánchez, Molero y Domínguez, 2006), señala que el 35,3% de la población residente del municipio de Zoumi afirmaron consumir algún producto derivado del cannabis. De estos, 82,5% fueron hombres, frente al 17,5% de mujeres. “Entre los 21 y 30 años, 3 de cada 4 afirman consumir productos derivados del cánnabis, en tanto que el 57,4% de los varones encuestados de edad comprendida entre los 13 y 20 años, afirman consumir cánnabis.” Además, el estudio reveló que el grado de tolerancia social al consumo de cannabis era muy elevado”. El 85,5% de la población, mayor de 13 años, se manifiestan a favor de la práctica de consumo de cánnabis presente en la zona” (Sánchez, Molero y Domínguez, 2006).

4.9. Trastorno por Uso de Sustancias

Generalmente, el trastorno por el uso de sustancias implica patrones de comportamiento en los que las personas siguen consumiendo la sustancia a pesar de estar experimentando problemas derivados de este consumo. Las sustancias que tienden a causar algún tipo de trastorno de consumo de sustancias son: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los estimulantes (anfetaminas y cocaína), el tabaco, los ansiolíticos y sedantes, y otras sustancias como los esteroides anabolizantes.

(Khan, 2020)

Según Khan (2020), hay una serie de características o trastornos que aumentan el riesgo de padecer un trastorno por el uso de sustancias. Estas circunstancias son: “las personas que están tristes, sufren angustia emocional o se encuentran socialmente aisladas“, “las personas con otros trastornos mentales no relacionados, como ansiedad o depresión”, y las personas con dolor crónico.

Para que se lleve a cabo un diagnóstico de trastorno por el consumo de sustancias, tiene que coexistir una serie de aspectos: que la persona afectada no pueda controlar el uso de la sustancia, que la capacidad de la persona para cumplir sus obligaciones sociales se vea comprometida por el uso de la sustancia, que el consumo de la sustancia suponga un peligro físico, y que la persona muestre signos físicos del uso y/o dependencia de la sustancia. (Khan, 2020)

Según Khan, M. (2020), los Trastorno por el Uso de Sustancias más comunes son:

- 305.1 (F17.20) Trastorno por Consumo de Nicotina
- 304.10 (F13.20) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol
- 304.30 (F12.20) Trastorno por Consumo de Cannabis

4.10. Factores de riesgo y de protección de menores para llevar a cabo una conducta delictiva

La siguiente tabla nos muestra los **factores de riesgo comunes para iniciar el consumo de sustancias y para llevar a cabo una conducta delictiva**. Con esta tabla quiero hacer visible que son muchas las características de un menor y su entorno, las que le hacen susceptible a iniciar conductas antisociales como el consumo y la delincuencia. Estos factores de riesgo reconocidos son características en la infancia y adolescencia. En este caso, he dividido los factores de riesgo en cinco variables: individuales, familiares, culturales, del grupo de iguales y escolares/formativas. Por regla general, los menores marroquíes que hemos estudiado

tienen más de tres factores de riesgo para el inicio del consumo y la delincuencia. Muchos de ellos, comienzan consumiendo, y siguen delinquir para poder costearse este consumo.

FACTORES DE RIESGO COMUNES PARA EL CONSUMO Y LA DELINCUENCIA DE MENORES				
INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES/ CULTURALES	DEL GRUPO DE IGUALES	ESCOLARES/ FORMATIVO
Impulsividad	Familia conflictiva	Estilo de vida antisocial	Presión grupal	Abandono/ fracaso escolar
Inestabilidad emocional	Falta de supervisión padres/ responsables	Marginalidad	Delincuencia y/o consumo en grupo de iguales	Problemas con los compañeros de clase o profesores
Trastorno de conducta o salud mental	Ausencia de límites y normas	Desadaptación	Actitudes favorables al consumo/ delincuencia	Falta de supervisión de los docentes
Búsqueda de sensaciones	Situación económica precaria	Xenofobia		Actividad laboral marginal-ilegal
Bajas habilidades sociales	Consumo y/o delincuencia de miembros familia			Bajas expectativas de futuro
Agresividad	Conflicto			Falta de motivación
Ausencia de valores ético-morales	Actitudes parentales favorables al consumo			
Relaciones negativas con adultos	Escaso nivel cultural padres			

Elaboración propia a partir de Mampaso Desbrow, Pérez, Corbí, González y Bernabé (2014); Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004); y Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (2015).

A continuación, he puesto en común los **factores de protección para el consumo y la delincuencia**. Estos son características del individuo que hacen que sea menos probable que inicien el consumo de sustancias o que lleven a cabo una conducta delictiva. Los factores de protección identificados son características de la infancia y adolescencia. Estos factores de protección se han dividido cinco categorías: individuales, familiares, sociales/culturales, del grupo de iguales y escolares/formativos. La siguiente tabla tiene como finalidad hacer visibles las características del menor y su entorno que haría que fuera menos susceptible a empezar a consumir y a delinquir. En el caso de los menores marroquíes estudiados, son pocos los que tienen más de dos de estos factores de protección.

FACTORES DE PROTECCIÓN COMUNES PARA EL CONSUMO Y LA DELINCUENCIA DE MENORES

INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES/ CULTURALES	DEL GRUPO DE IGUALES	ESCOLARES/ FORMATIVOS
Inteligencia alta	Creencias y valores positivos	Actitud negativa hacia delincuencia/ consumo	Apego con iguales no consumidores/no delincuentes	Implicación en la escuela
Autocontrol	Apego familiar		Apego con iguales implicados en la escuela	Ambiente escolar positivo
Buenas habilidades sociales	Supervisión de los padres/ responsables		Apego con iguales con hábitos saludables	Apoyo de los profesores
Conciencia de las consecuencias de las drogas	Límites y normas		No ser influenciado por iguales	Normas y límites claros
Respeto a la ley	Ambiente de confianza			Refuerzos y reconocimientos
Género femenino	Dinámica familiar positiva	Buenos modelos de referencia		
Locus de control interno	Actitud desfavorable delincuencia/ drogas			
Relación positiva con los adultos	Buenos modelos de referencia			
Temperamento resistente				

Elaboración propia a partir de Mampaso Desbrow, Pérez, Corbí, González y Bernabé (2014); Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004); y Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, (2015).

4.11. Estudio sobre modos de ganar dinero de los Menores Marroquíes No Acompañados

Rodríguez (2008) realiza una investigación en una ciudad de Andalucía, en el que describe, por un lado, las formas de buscarse la vida de los menores no acompañados y jóvenes extutelados inmigrantes y los riesgos asociados y, por otro lado, analiza las relaciones que establecen los sujetos y la presencia en sus vidas de la violencia cotidiana y estructural.

Los sujetos observados en la observación participante que se llevó a cabo fueron menores acogidos en Centros de Protección, jóvenes extutelados y jóvenes marroquíes en situación de calle. También, secundariamente, se observó a los profesionales de los Centros de Protección. Según Rodríguez (2008), los menores marroquíes se encuentran con muchos obstáculos para poder trabajar con contrato. Los responsables del Servicio de Protección de Menores de la

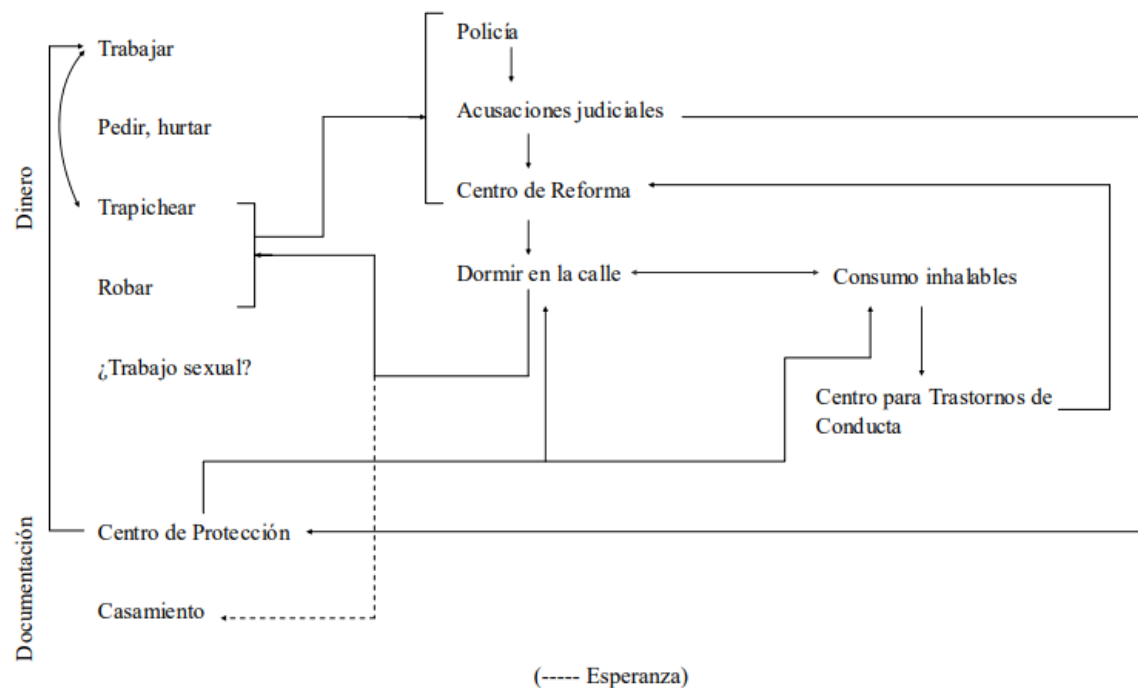
provincia donde se ha realizado el estudio, declaran que los menores marroquíes para conseguir su tarjeta de residencia necesitaban que su familia mandase la partida de nacimiento para ser identificados. En la actualidad, para conseguir el permiso de residencia es necesario presentar el CIN (el DNI marroquí), además del empadronamiento en España, el pasaporte y la tutela. Para conseguir el CIN, es necesaria la partida de nacimiento, el libro de familia completo, la documentación de identidad de ambos progenitores y una autorización paterna. El proceso es lento y si alguno de los progenitores no manda alguno de los documentos, no es posible conseguir el permiso de residencia. En el caso de conseguirlo, la nueva ley permite que el permiso sea vigente durante 2 años, antes de tener que renovarlo de nuevo. Sin embargo, esta nueva ley todavía no se está llevando a cabo (Comunicación personal, A. Tirado, 2022).

Además de estos trámites que no son sencillos de realizar, y que requieren de la intervención profesional, por regla general de un trabajador social, para realizarlos, se añaden las características de los menores marroquíes que dificultan aún más la consecución de un trabajo en España: el desconocimiento del idioma y la cultura, la falta de ingresos, etc.

Ante estas dificultades, los menores migrantes tienen estas alternativas: “vivir de la paga semanal del centro y esperar para enviar dinero, o enviar una parte de la misma a la familia”, “acceder a una formación profesional becada o a cursos que aseguren la contratación temporal posterior”, “hacer trabajos esporádicos sin contrato mientras están acogidos en Centros de Protección, o abandonarlos para trabajar de jornaleros en zonas agrícolas” o, finalmente, “hacer uso de maneras no normalizadas de buscarse la vida como la venta a pequeña escala de cannabis, la mendicidad, el hurto, el robo o el intercambio de servicios sexuales por dinero u objetos de valor” (Jiménez, 2003, Suárez, 2004, Defensor del Menor de Andalucía, 2004; como citó Rodríguez, 2008).

Es habitual que algunos menores lleven a cabo tirones de bolsos y robos de móviles, para conseguir dinero. Si el menor empieza a consumir y acaba volviéndose adicto, lo más probable es que robar se convierta en algo habitual (Rodríguez, 2008). También es cierto que algunos menores marroquíes que han abandonado los Centros de Protección y han estado viviendo en la calle, hablan de la facilidad de ganar dinero mediante relaciones sexuales con hombres. (Cabrera, 2005; como citó Rodríguez, 2008). Un profesional marroquí entrevistado indicó que la mayoría de los menores marroquíes que estaban acogidos en el centro habían tenido al menos una experiencia sexual con un varón adulto por dinero o por regalos. Además, de los menores entrevistados y observados, la mayoría han vivido en algún momento en la calle (Rodríguez, 2008).

El siguiente esquema, representa las vías que pueden tomar los menores migrantes no acompañados.



Fuente: Rodríguez, 2006.

5. Análisis

5.1. Análisis Marco Teórico

Como hemos podido ver en el marco teórico, Marruecos y España, a pesar de su cercanía, se diferencian entre sí en muchos aspectos. Como nos indicaba el Índice de Desarrollo Humano (Naciones Unidas, 2019), mientras que España se encontraba en el puesto 25 del ranking en 2019, Marruecos se encontraba en el puesto 121.

A continuación, haré una comparación entre España y Marruecos, de cada uno de los tres factores que identifica el Índice de Desarrollo Humano (Naciones Unidas, 2019):

- La esperanza de vida en 2019, en Marruecos era de 76,68 años y en España 83,58 años. Esto supone que Marruecos tenía una esperanza de vida de 6,9 años menos que en España.
- La tasa de mortalidad en 2019, en Marruecos era de 5,96%, y en España de 8,83%. Esto supone que la tasa de mortalidad de España era 2,87% superior que la de Marruecos.

- La renta per cápita en 2019, en Marruecos era de 2.936 euros, y en España era de 26.420 euros. Esto supone que la renta per cápita de Marruecos era de 23.484 euros menos que en España.

A pesar de la multitud de acuerdos que se han firmado entre España y Marruecos, la actuación de España y de las Naciones Unidas en el desarrollo humano de Marruecos, ha sido muy deficitaria. Aunque Naciones Unidas tenga como objetivo el desarrollo humano de los países, tanto desarrollados como en desarrollo, el crecimiento económico de algunos países, en este caso de España, ha supuesto el incremento de la desigualdad con otros países (Marruecos).

No es que España haya ayudado más bien poco en el desarrollo de Marruecos, sino que, a pesar de la multitud de acuerdos que tiene con el país y a pesar de que los marroquíes llevan viniendo a España muchos años y contribuyen en gran medida a la economía española, sigue habiendo una gran discriminación social hacia los marroquíes en España. Las autoridades, los partidos políticos y la sociedad en general, tienden a pensar que la población marroquí no trae más que problemas al país. Sin embargo, desconocen la gran historia migratoria de la población marroquí en España.

Como hemos hablado con anterioridad, Marruecos tiene una cultura migratoria muy arraigada, y es común, sobre todo para los varones jóvenes y solteros, que crucen el Estrecho y vengan a vivir al país. Es por esto por lo que he querido analizar las diferencias entre los países, para entender mejor el por qué de los movimientos migratorios.

La cercanía entre los dos países, los acuerdos entre países en cuestiones de migraciones, la inestabilidad laboral en Marruecos, las diferencias entre las condiciones de vida y más factores, influye en que la población marroquí emigre a España.

Teniendo en cuenta que la legislación de Marruecos en relación con los menores, es muy deficitaria, los menores se han unido a estas migraciones. La Constitución marroquí de 2012 menciona solamente en dos ocasiones a los niños, y nos disponen de una especial protección. En Marruecos, en situaciones de precariedad, es común esperar que los menores contribuyan a los gastos familiares. Como no hay una ley que regule esto, no hay forma de impedirlo. Sorprende ver que, perteneciendo Marruecos a las Naciones Unidas desde 1956, y habiéndose creado desde entonces el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que tiene como objetivo promover y defender los derechos y el bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes del mundo, en 2022 sigan sin estar protegidos los derechos de los menores marroquíes en su país.

Por todo esto, podemos imaginar que no son solo las características del país español las que actúan como factores atrayentes de la población marroquí, sino las condiciones de vida de las personas en Marruecos, las que motivan a llevar a cabo un proceso migratorio hacia España. Las migraciones de Menores Extranjeros No Acompañados hacia España, han ido en aumento en los últimos años. El Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (Gobierno de España, 2019), cifraba un total de 9030 menores extranjeros no acompañados en 2019. Sin embargo, esta cifra no es exacta, debido a la dificultad de cuantificar a estos menores por su situación administrativa irregular. La ley europea y española, reconoce una serie de derechos que tienen los menores que se encuentren en territorio español, con independencia de su nacionalidad. Además, la ley española regula el deber del Estado de adoptar unas medidas de protección con los menores extranjeros que se encuentren en territorio español sin acompañamiento.

Por todo esto, es de esperar que los menores marroquíes que llegan a España sin acompañamiento, reciban un trato acorde con las leyes españolas y europeas reguladoras de los derechos de los menores, tanto de los españoles, como de aquellos que sean extranjeros y se encuentren solos en España. (BOE, 2021; BOE, 1996; BOE, 2000; BOE, 2015).

Para cumplir con este deber del Estado, están los centros de protección, que son instituciones que asumen temporalmente la guarda y tutela de los menores que carecen de un entorno adecuado para satisfacer sus necesidades biológicas, afectivas y sociales. Por lo tanto, es de esperar también que, en este tipo de centros, se vele por el desarrollo del menor, tanto biológico, como afectivo y social, respondiendo a las necesidades individuales de cada menor. Los menores que se encuentran en centros de acogimiento residencial, tienen unos derechos regulados en el artículo 21 bis de la Ley 26/2015, de 28 de julio (BOE, 2015). Por esto, los profesionales que trabajan en estos centros, deben velar por el cumplimiento de estos derechos.

A pesar de que todo esto esté regulado en la ley, la práctica no se ajusta a la normativa. No es necesario ir muy lejos para verlo. Por ejemplo, en Madrid hay centros donde los menores consumen dentro del centro, trafican, duermen fuera o entran menores que no son del centro a dormir, y los trabajadores no llevan un control. Este centro al que me estoy refiriendo es un centro de primera acogida de menores, por lo que si un menor recién llegado a España, se encuentra en un lugar como este, es muy probable que sea influido por ese ambiente.

Al Centro Específico de Tratamiento Terapéutico para Menores Extranjeros No Acompañados con problemas de conducta y/o consumo donde se ha realizado la observación, llegan menores con problemas de conducta y/o consumo. El carácter terapéutico del centro

supone que se debe de actuar en consonancia con las necesidades de los menores, con el fin de alcanzar unos objetivos educativos y terapéuticos establecidos con cada menor en el Plan Individual.

Para tratar el consumo de drogas de los menores del centro, es imprescindible conocer los tipos de sustancias que consumen y los Trastornos por el Uso de Sustancias de cada menor, la repercusión del uso de drogas en menores y los métodos que podrían utilizarse para la prevención de drogas de los menores. Conocer sobre el consumo y la dependencia de sustancias, facilitará el trabajo de los profesionales del centro en cuanto al tratamiento individual del menor. Sin embargo, los profesionales del centro no tienen una formación específica sobre adicciones.

He buscado información de la normalización del consumo del Cannabis en Marruecos, ya que, aparte de los menores del centro, conozco a más personas de Marruecos que tienen o han tenido un consumo de Cannabis. Además, teniendo en cuenta que Marruecos es el principal país productor de Cannabis, me parecía interesante analizar el consumo de Cannabis de la población marroquí. Por desgracia, no hay estudios recientes sobre la normalización del consumo de Cannabis en Marruecos. Por lo tanto, la información recopilada sobre el tema es en base al estudio realizado por Sánchez Alhama, J. y Moler Mesa, E y Domínguez, J.A. (2006). Sin embargo, ya en este estudio realizado en Zoumi, un pueblo destinado a la producción de Cannabis, se pueden ver resultados sorprendentes. En este estudio, el 85,5% de la población mayor de 13 años, se mostró a favor del consumo de Cannabis.

El estudio sobre las formas de ganar dinero de los menores marroquíes no acompañados, explica muy bien las diferentes alternativas que tienen los menores extranjeros en el país. Estos menores suelen ingresar en centros de menores, donde las pagas que reciben son bastante escasas. Además, para que el menor pueda optar por realizar cursos prelaborales o para que encuentre un trabajo, es necesario que tenga los papeles españoles en regla, y para llegar a este punto se necesitan llevar a cabo varios trámites, que suelen tardar tiempo. Los menores en esta situación, aunque tienen la posibilidad de evitarlo, tienen una gran disposición a acabar delinquiendo para conseguir dinero y a acabar consumiendo drogas. Este consumo, en el caso de que se vuelva un consumo abusivo, y que el menor pase a tener una dependencia y adicción a la sustancia, les llevará en muchos casos a cometer delitos de robo o hurto, para poder costearse el consumo.

5.2. Análisis Observación Participante

Los sujetos observados son 8 menores marroquíes que residen en un Centro Específico de Tratamiento Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo. Los menores llegan al centro, derivados de otro centro de protección, por regla general, debido a sus problemas de conducta y/o consumo. El Plan Individual que realizan los trabajadores con cada menor, está orientado a reducir el consumo de los menores, y a que aprendan a comportarse adecuadamente en sociedad.

8 de los 8 menores marroquíes del centro refirieron que habían venido a España con el fin de encontrar un trabajo y poder tener una vida mejor de la que tenían en Marruecos y para mandar dinero a su familia. Sin embargo, todos ellos se encontraron cuando llegaron a España con obstáculos que les han dificultado conseguir este objetivo. **Solo uno de los ocho menores ha conseguido un trabajo.** Para conseguir este trabajo, ha tenido que conseguir primero la documentación española, después ha realizado un curso de especialización, y tras todo esto consiguió el trabajo. Para todo esto, ha tenido que esperar dos años desde que llegó a España.

No todos los menores lo tienen tan fácil. **Hay cuatro menores que tienen el permiso de residencia** y están realizando un curso para poder conseguir un trabajo. Estos han tenido que esperar como mínimo un año para conseguir su permiso de residencia. Hasta que no han conseguido su permiso, no han podido realizar cursos laborales, solo han podido acudir a los cursos que se imparten en el centro.

Los tres menores restantes no tienen documentación. Hay dos menores a los que se les está tramitando la cedula, debido a que no tenían alguno de los documentos necesarios para tramitar el permiso de residencia. Tener una cedula en vez de un permiso de residencia les limita en muchos aspectos, como, por ejemplo, no poder viajar a Marruecos. El tercer menor sin documentación está tramitando su TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero), que necesita para comenzar el trámite de su permiso de residencia. Hasta entonces, no puede acudir a ningún curso formativo fuera del centro. Como se puede ver, cumplir su objetivo de trabajar para mandar dinero a su familia y mejorar su situación, no es fácil.

A las trabas en la regularización de la documentación, se les añade el **desconocimiento** que tienen **del idioma**. En el centro se imparten clases de español básico. Sin embargo, no es fácil aprender un idioma desde cero. Es necesario tener en cuenta que algunos de estos menores no saben escribir en árabe, su idioma natal, y algunos dejaron la escuela muy pronto por lo que

carecen de conocimientos básicos y no están acostumbrados a estudiar. Por esto, y porque todos los menores del centro son marroquíes, menos uno de Argelia, los menores se juntan dentro y fuera del centro, casi en exclusiva, con menores extranjeros, normalmente en su misma situación: menores tutelados que viven en centros de protección.

Todo esto, hace que el grupo de iguales de los menores del centro sean menores extranjeros, algunos en situación irregular, que viven en centros de menores, que desconocen el idioma, que se encuentran en España sin acompañamiento de un adulto, y que, por lo tanto, tienen bastantes factores de riesgo para iniciar el consumo o para llevar a cabo una conducta delictiva, y en general, pocos factores protectores.

De los 5 menores marroquíes que habían cometido algún delito, **3 de ellos** me confiaron que **los delitos de robo o hurto** que habían cometido, habían sido la mayoría de veces **para conseguir dinero para consumir**. Además, los mismos me dijeron que **los delitos de lesiones, atentado y daños**, habían ocurrido la mayoría de las veces **cuando se encontraban bajo la influencia de alguna sustancia** (Alcohol, Cannabis, Extasis...).

Hay chicos que llegan al centro con problemas serios en relación al consumo de drogas. Algunos traen desde Marruecos una dependencia al cannabis. Sin embargo, el consumo de drogas como los inhalantes y las pastillas, en la mayoría de los casos comienza en España. Los 8 menores marroquíes del centro, tienen en el grupo de iguales a alguien que consume o que ha cometido algún delito (robar, pelearse...). **2 de los chicos** me confiaron que **no consumían cuando llegaron a España, pero que cuando llegaron a Madrid y entraron en el Centro de Protección anterior a este, empezaron a consumir**. Decían que muchos de los menores de ese centro consumían, tanto dentro como fuera del centro.

A pesar de que 4 de los 8 menores tienen diagnosticado algún Trastorno por el Uso de Sustancias, con ninguno se ha diseñado un Proyecto individual específico para su deshabituación de la sustancia. El tratamiento que han recibido en el centro, con relación a su adicción, ha sido un tratamiento médico, que consiste en la administración de pastillas, para paliar la abstinencia. Sin embargo, no se ha realizado una terapia para la deshabituación al consumo. Esto lleva a que muchos de ellos, después de que lleven mucho tiempo en el centro, sigan consumiendo.

Lo que pasaba con uno de los chicos, por ejemplo, era que cuando salía a su recurso formativo o por ocio, consumía. Cuando volvía al centro, se le realizaba un test de drogas, y al dar positivo, se le sancionaba dos semanas sin poder salir del centro. Pero cuando volvía a salir, volvía a consumir. Este chico en concreto tenía otro trastorno, que le causaba ansiedad y depresión. Decía que en el centro estaba muy nervioso, y que cuando salía, consumía para

calmar ese sentimiento. Acudir a la psicóloga no era obligatorio para ellos, por lo que, aunque muchos de los menores tenían diagnosticados otros trastornos además de los de consumo y/o conducta, la mayoría no estaban recibiendo ningún tratamiento psicológico.

5.3. Análisis Observación Documental

En los expedientes de los menores constaba la siguiente información:

- Información personal: documentación del menor (documento de tutela, libro de familia, pasaporte de Marruecos, NIE...), alta en el centro, teléfonos y direcciones de sus familiares, permiso de salidas...
- Información escolar/formativa: centro escolar o de formación, boletines de notas, informes del recurso formativo, títulos...
- Información sanitaria: informes médicos, psicológicos y psiquiátricos, tratamientos, pautas de medicación, alta en el centro de salud y tarjeta sanitaria, informes de intervenciones realizadas...
- Información del menor: Proyecto Individual (PI), informes iniciales y de seguimiento, informes de Servicios Sociales, Salud Mental y otros centros.
- Información laboral: si la hubiera, copia del contrato de trabajo y datos del empleador.
- Información jurídica: Si la hubiera, copia de toda la documentación de los juzgados: aperturas de expediente, denuncias, sentencias y medidas judiciales, informes judiciales, autos, medidas judiciales...

5.3.1. Factores de riesgo y de protección para el consumo de los menores que residen en el Centro Específico

Esta tabla representa los factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias que tienen los menores del centro.

De los 8 menores, todos tienen al menos un factor de riesgo individual del consumo. 6 de 8

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE LOS MENORES DEL CENTRO	
INDIVIDUALES	
FACTORES DE RIESGO	MENORES
Trastorno de conducta	3/8

Otros trastornos	3/8
Antecedentes de consumo en Marruecos	6/8
Situación irregular (Sin permiso de residencia)	3/8
Desconocimiento de las consecuencias para la salud física y mental de las drogas	8/8
Facilidad para conseguir drogas	8/8
FACTORES DE PROTECCIÓN	MENORES
Hábitos saludables	1/8
Buenas habilidades sociales	5/8
Asistencia a un curso formativo	7/8
Proyecto de futuro	2/8
Acude a la psicóloga voluntariamente	0/8
FAMILIARES	
FACTORES DE RIESGO	MENORES
Bajo estatus socioeconómico de la familia	8/8
Escasa vinculación familiar	1/8
Antecedentes de consumo de drogas en la familia	2/8
FACTORES DE PROTECCIÓN	MENORES
Buena relación con su familia	7/8
Algún familiar en España	1/8
GRUPO DE IGUALES	
FACTORES DE RIESGO	MENORES
Grupo de iguales que consumen	8/8
Grupo de iguales delincuentes	8/8
Grupo de iguales tutelados, en centros de menores, sin padres como figuras de autoridad	8/8
FACTORES DE PROTECCIÓN	MENORES
Grupo de iguales con hábitos saludables	1/8
Poco dinero de los miembros del grupo	8/8
ESCOLAR /FORMATIVO	
FACTORES DE RIESGO	MENORES

Falta de conocimientos básicos	8/8
Dificultad con el idioma	8/8
Abandono/ fracaso escolar o formativo en España	3/8
Problemas de conducta en recurso formativo	4/8
FACTORES PROTECTORES	
Realización de cursos	7/8
Logros académicos/ formativos	4/8
Motivación para formarse	7/8
Empleo	1/8
Contrato de trabajo	1/8
Asistencia a algún curso de concienciación de las consecuencias del consumo de sustancias	0/8
Buena relación con los trabajadores del centro	5/8
Buena actitud en los cursos realizados	4/8

Los factores de riesgo individuales más comunes son los antecedentes de consumo en Marruecos (6/8), el desconocimiento de las consecuencias negativas para la salud de las drogas (8/8) y la facilidad de conseguir drogas (8/8). El primer factor se puede deber, en parte, a la normalización del Cannabis en Marruecos, ya que la mayoría de los menores que tienen una historia de consumo previa a venir a España, ha sido un consumo de Cannabis. Además, la falta de protección de los menores en Marruecos por parte de las familias y de la ley, también puede ser una causa de este factor. También es verdad que la educación que han recibido estos menores en Marruecos es deficitaria. Por eso podemos pensar que los menores han podido consumir antes de lo que lo harían en España. La escasa educación también causa el segundo factor de riesgo individual más común que es el desconocimiento de las consecuencias para la salud de las drogas. La facilidad que tienen todos los menores del centro de conseguir drogas, radica en que todos tienen en el grupo de iguales a alguien que consume y algunos de ellos han consumido o siguen consumiendo en la actualidad, por lo que tienen contactos que les consiguen varios tipos de drogas, fácil, rápido y a veces, sin necesidad de que paguen en el momento.

El factor de protección que se ha dado en mayor número (7/8), ha sido la asistencia a un curso formativo. Este curso lo han realizado gracias a los profesionales que se lo han

gestionado, una vez estaban en España en alguno de los centros de protección en los que han estado.

El factor de riesgo familiar más común en los menores (8/8) es la situación socioeconómica deficitaria de la familia de origen. Por regla general, los menores que vienen a España sin acompañamiento, lo hacen para poder ayudar económicamente a sus familias. **El factor de protección que más se da en los menores** (7/8) es la buena relación con la familia. Aunque es difícil mantener la relación con tu familia a kilómetros de distancia, los menores del centro hablaban una vez a la semana con ellos y tenían buena relación con sus familiares. Había menores que llevaban en España 4 años, y después de 4 años sin ver a sus familiares, seguían comunicándose con ellos cada semana. Para muchos de estos menores, hablar con sus familias y saber que están bien les da fuerzas para seguir.

Los factores de riesgo en relación al grupo de iguales de los menores que más se han dado (8/8), han sido tener en el grupo a alguna persona que haya delinquido, que consuma o que se encuentre en un centro de protección como ellos. Los menores del centro son casi todos del mismo grupo de amigos, fomentan los mismos lugares de ocio, y se juntan con menores como ellos, de Marruecos y de centros de menores. Por eso, todos tienen en el grupo a alguien con esas características.

Como factor de protección del grupo de iguales he indicado el que los miembros del grupo suelen tener poco dinero (8/8). Esto hace que tengan menos posibilidades de consumir, aunque aumenta la posibilidad de que delincan para conseguir dinero y puedan consumir.

Los factores de riesgo escolares o formativos más comunes (8/8) son la falta de conocimientos básicos y el desconocimiento del idioma. Esto les hace más vulnerables a que puedan acabar consumiendo. **Los factores de protección educativos/formativos más comunes** son la realización de cursos (8/8), como hemos mencionado con anterioridad, y la motivación para formarse. La mayoría de los menores tienen ganas de realizar los cursos formativos necesarios que les permitan trabajar. Además, la buena relación que tienen algunos menores del centro (5/8), actúa como factor protector del consumo.

5.3.2. Delitos cometidos por los menores

A continuación, una tabla con los delitos cometidos por los menores del centro.

DELITOS	Hurto	Robo con fuerza	Robo con violencia	Lesiones	Amenazas	Estafa	Atentado	Daños	TOTAL
Menor 1	-	-	-	3	1	-	1	-	5
Menor 2	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Menor 3	-	-	-	1	2	-	-	-	3

Menor 4	-	1	-	3	-	-	2	1	7
Menor 5	2	9	1	-	-	1	-	-	13
Menor 6	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Menor 7	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Menor 8	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL	2	10	2	8	3	1	3	1	30

(Fuente: Elaboración propia)

El total de delitos cometidos por los 8 menores es de **30 delitos**.

El menor 1, ha cometido un total de 5 delitos: 1 delito leve de amenazas, 3 delitos leves de lesiones y 1 delito de atentado

El menor 2, ha cometido 2 delitos: 1 delito de robo con violencia e intimidación y 1 delito leve de lesiones

El menor 3, ha cometido tres delitos: 2 delitos de amenazas y 1 delito leve de lesiones.

El menor 4, ha cometido 7 delitos: 2 delitos de atentado, 3 delitos leves de lesiones, 1 delito de daños y 1 delito de robo con fuerza.

El menor 5, ha cometido 13 delitos: 9 delitos de robo con fuerza, 2 delitos de hurto, 1 delito de robo con violencia e intimidación y 1 delito de estafa

Los menores 6, 7 y 8 no han cometido ningún delito.

5.3.3. Trastornos por uso de sustancias de los menores

A continuación, una tabla de los trastornos por uso de sustancias de los menores del centro:

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	TOTAL
305.1 (F17.200) Trastorno por consumo de nicotina.					X	X			2
304.30 (F12.20) Trastorno de consumo de cannabis	X			X	X				4
304.10 (F13.20) Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos					X				1
303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol				X					1

(Fuente: Elaboración propia según la información de los expedientes de los menores del centro)

El menor 1, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Cannabis

El menor 4, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Cannabis y un Trastorno por el Consumo de Alcohol.

El menor 5, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Nicotina, un Trastorno por el Consumo de Cannabis, y un Trastorno por el Consumo de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos

El menor 6, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Nicotina

Los menores 2, 3, 7 y 8, no tienen diagnosticado ningún Trastorno por el Uso de Sustancias.

5.3.4. Delitos y Trastornos de Uso de Sustancias de los menores

A continuación, una tabla con los delitos cometidos y los trastornos de uso de sustancias de los menores del centro:

Menor	Trastorno de Uso de Sustancias	Delito
M1	-Trastorno por el Consumo de Cannabis	- 1 delito de amenazas - 3 delitos leve de lesiones - 1 delito de atentado TOTAL: 5 delitos
M2	-	-1 delito de robo con violencia e intimidación - 1 delito de lesiones TOTAL: 2 delitos
M3	-	-1 delito de lesiones - 2 delitos de amenazas TOTAL: 3 delitos
M4	- Trastorno por el Consumo de Cannabis - Trastorno por el Consumo de Alcohol	-1 delito de robo con fuerza - 3 delitos de lesiones - 2 delitos de atentado - 1 delito de daños TOTAL: 7 delitos
M5	- Trastorno por el Consumo de Nicotina - Trastorno por el Consumo de Cannabis - Trastorno por el Consumo de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos	-2 delitos de hurto - 9 delitos de robo con fuerza - 1 delito de robo con violencia e intimidación - 1 delito de estafa TOTAL: 13 delitos

M6	- Trastorno por el Consumo de Nicotina	-
M7	-	-
M8	-	-

(Fuente: Elaboración propia según la información de los expedientes de los menores del centro)

El menor 1, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Cannabis, y ha cometido 5 delitos: 1 delito leve de amenazas, 3 delitos leves de lesiones y 1 delito de atentado

El menor 2, no tiene diagnosticado ningún Trastorno por el Uso de Sustancias, y ha cometido 2 delitos: 1 delito de robo con violencia e intimidación y 1 delito leve de lesiones

El menor 3, no tiene diagnosticado ningún Trastorno por el Uso de Sustancias, y ha cometido 3 delitos: 2 delitos de amenazas y 1 delito leve de lesiones.

El menor 4, tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Cannabis y un Trastorno por el Consumo de Alcohol, y ha cometido 7 delitos: 2 delitos de atentado, 3 delitos leves de lesiones, 1 delito de daños y 1 delito de robo con fuerza.

El menor 5, tiene diagnosticados Trastorno por el Consumo de Nicotina, Trastorno por el Consumo de Cannabis y Trastorno por el Consumo de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos, y ha cometido 13 delitos: 9 delitos de robo con fuerza, 2 delitos de hurto, 1 delito de robo con violencia e intimidación y 1 delito de estafa.

El menor 6, tiene diagnosticado un Trastorno por el Uso de Nicotina, y no ha cometido ningún delito.

Los menores 7 y 8, no tienen diagnosticado ningún Trastorno por el Uso de Sustancias, y no han cometido ningún delito.

El menor que más delitos ha cometido (13), tiene diagnosticados tres Trastornos por Uso de Sustancias: Trastorno por el Consumo de Nicotina, Trastorno por el Consumo de Cannabis y Trastorno por el Consumo de Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos. Por esto, podríamos pensar que la adicción a estas sustancias y los problemas derivados del consumo y abuso de estas sustancias, han llevado al menor a cometer todos estos delitos.

De los tres menores que no han cometido ningún delito, 2 de ellos no tienen diagnosticado ningún Trastorno por el Uso de Sustancias, y 1 tiene diagnosticado un Trastorno por el Consumo de Nicotina. Con esto podemos pensar que los menores que no consumen o que consumen menos, son los que menos delinquen. Por lo tanto, podríamos pensar que cuanto menor sea el consumo, menor será la probabilidad de que el menor delinca.

5.3.5. Análisis del Centro Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo

La derivación a este centro desde un centro de primera acogida o desde un piso tutelado o centro de menores es solicitada por el director del centro o por sentencia de un juez. Los menores son derivados a este centro debido a sus problemas de conducta y/o consumo, y la mayoría llegan al centro con alguna causa judicial en su expediente.

Entre semana en el centro, los menores que no salen a algún recurso, asisten a clase de alfabetización, taller de arte, taller de jardinería e informática, por la mañana; y por la tarde realizan un taller de habilidades de la vida cotidiana, de habilidades sociales o de deporte, dependiendo del día.

El centro cuenta con una psicóloga, una trabajadora social, una médico, un enfermero, educadores sociales, técnicos auxiliares, maestros de taller, mediadores interculturales, personal de comida y limpieza, administrativas, coordinadores, director y subdirector.

Con cada menor que ingresa en el centro, se establece un Proyecto Individual, donde cada departamento se plantea unos objetivos para trabajar con el menor. Además, el centro tiene un Protocolo de Intervención Educativa, con unos objetivos, tales como “garantizar unos estándares mínimos en la atención e intervención a los menores con medida de protección”, “desarrollar una intervención educativa coherente y organizada, coordinada con el resto de los recursos que atienden al menor”, “establecer un proceso que sienta las bases metodológicas para el desarrollo del PI de cada menor, promoviendo la participación del menor en el mismo” y “desarrollar la intervención de acuerdo con los objetivos establecidos en los PI de los menores”

El centro es semiabierto. Sin embargo, durante las cinco primeras semanas, los menores no pueden salir del centro, principalmente para evitar que consuman en ese tiempo. Después de esas cinco semanas, y si ha conseguido los objetivos planteados en el Plan Individual, el menor puede empezar a salir del centro, por ocio o para acudir a algún recurso formativo o a cualquier otro compromiso, dentro de unos horarios. Para evitar que los menores consuman durante sus salidas, se les realiza una prueba de orina para la de detección de drogas, y en el caso de dar positivo, se les sanciona. Esta sanción consiste en estar dos semanas sin poder salir del centro. El centro es de carácter terapéutico, debido a los problemas de conducta y/o consumo, anteriormente mencionados. Sin embargo, el centro tiene muchas carencias en cuanto al tratamiento terapéutico. Las sesiones con la psicóloga no son obligatorias, por lo que hay

menores en el centro que no van. El tratamiento de los problemas de consumo de sustancias de los menores del centro, es deficitario. Para la desintoxicación y deshabituación de los menores solo se emplea un tratamiento médico, basado en la administración de medicamentos para lidiar con el síndrome de abstinencia. Los profesionales no están formados en materia de adicciones, y no se lleva a cabo una concienciación a los menores sobre las consecuencias del consumo de sustancias. Se hecha en falta un trabajo más global, una intervención multidisciplinar que actúe con las diferentes áreas del menor (psicológica, social, educacional, medica), y que este enfocada a acabar con sus problemas de consumo.

6. Conclusiones

Tras el estudio realizado, y gracias a la información obtenida con la búsqueda bibliográfica y la observación participante y documental, he podido contrastar mi hipótesis principal de que los menores marroquíes no acompañados que tienen problemas de consumo de drogas tienen más probabilidades de acabar cometiendo actos delictivos.

Mediante la búsqueda bibliográfica, he obtenido información sobre la vida de los menores en Marruecos y sobre su proceso migratorio. Esto me ha permitido contextualizar y entender mejor las razones por las que, cada vez más menores, cruzan el Estrecho y vienen a España.

Estos menores no vienen a delinquir o a quitarnos el trabajo, como pueden opinar ciertos medios o autoridades políticas. La mayoría de estos menores, vienen al país a intentar mejorar su vida y la de sus familiares. Y la verdad es, que están en todo su derecho. Todas las personas tenemos el derecho a tener una vida digna. Consideramos que es de suma importancia la concienciación de la población sobre las razones reales por la que estos menores arriesgan su vida y emigran al país, para evitar que se propague un pensamiento equivocado, que como se puede observar, da lugar a la perpetuación de ideales racistas.

Si bien es cierto que algunos menores extranjeros llevan a cabo conductas delictivas como robar también lo es que cualquier persona podría cometer un delito en algunos casos, especialmente en situaciones de extrema necesidad. Al parecer, a la gente le cuesta empatizar con la idea de que estos menores, se encuentran solos y sin nada, y que, en algunos casos, no tienen otra opción. Otros, como los que han sido estudiados, y en los que nos hemos centrado, tienen problemas de adicción a algunas sustancias, y su gran dependencia a estas sustancias la que les lleva a robar para poder costearse el consumo. Además, es cierto que cuando una persona consume un cierto tipo de sustancias, es más propensa a cometer cierto tipo de delitos (amenazas, lesiones...).

Durante la observación participante en el centro he podido escuchar a los menores, y estos me han expresado las razones por las que llegaron a cometer delitos. Casi todos los menores que se han abierto me han referido que las veces que han hurtado o robado, ha sido para poder conseguir dinero para consumir. Además, también me han referido que los delitos de lesiones, atentado o daños los han cometido bajo las influencias de las drogas.

El deber del Estado es proteger a los menores extranjeros no acompañados, garantizarles una vida digna y proporcionarles, en el caso de que tengan algún problema de salud, los medios adecuados para llevar a cabo un tratamiento individualizado. Sin embargo, el Estado está incumpliendo este deber cuando, en los centros especializados de tratamiento de los problemas de conducta y/o consumo, no se lleva a cabo un tratamiento real efectivo. En el centro específico donde se ha realizado la observación, los menores no recibían tratamiento psicológico obligatorio, ni tratamiento del consumo, más allá del tratamiento médico. Además, los profesionales no tienen formación específica sobre adicciones, por lo que hacía aún más difícil que pudieran realizar un tratamiento del todo efectivo. Juntando esto a los otros obstáculos de los que ya hemos hablado como son el desconocimiento del idioma o las trabas en la regularización de la documentación, podemos llegar a entender que alguno de estos menores no logre reinserirse en la sociedad.

Es por estas carencias que he observado en cuanto al tratamiento de los menores en el centro específico, que he elaborado como propuesta de mejora un Curso Formativo para los Profesionales del Centro. Este curso tiene como objetivo principal formar a los profesionales en relación a la prevención del consumo y el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas. Este objetivo principal parte de la base de que pienso sinceramente que el problema que tienen la mayoría de estos menores con el consumo y abuso de sustancias, es un gran determinante a la hora de que estos menores se aíslen y acaben teniendo conductas antisociales y delictivas.

7. Propuesta de mejora: Formación en materia de adicciones a sustancias a los profesionales del Centro Terapéutico para Menores Extranjeros con Problemas de Conducta y/o Consumo

CURSO FORMATIVO

El curso formativo que se impartirá a los profesionales del centro específico tratará de dotarles de las herramientas necesarias para que puedan contribuir a prevenir el consumo de sustancias y o al cese de este, realizando el tratamiento adecuado de las adicciones específicas de cada

uno de los menores del centro. Consideramos básico y de suma importancia que todos los profesionales que trabajen en un centro para menores con problemas de consumo y/o de conducta, posean los conocimientos básicos sobre el consumo, abuso y adicción a sustancias. Con estos conocimientos, sería posible mejorar la intervención con el menor, y, por lo tanto, conseguir los objetivos principales de un centro como este, que son la resocialización y reeducación de los menores y la prevención o deshabituación del consumo.

7.1. Objetivos del curso

Objetivo principal: Dotar a los profesionales del centro de los conocimientos básicos en relación a la prevención del consumo y el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos:

- Informar sobre conceptos básicos en relación con las drogas
- Dotar de herramientas y técnicas para saber identificar y trabajar con los factores de riesgo y de protección para el consumo de los menores, haciendo especial hincapié en sus fortalezas personales y factores de protección.
- Concienciar sobre las consecuencias negativas para la salud física y psicológica del consumo de sustancias.
- Informar y entrenar habilidades de comunicación efectiva.
- Potenciar la capacidad de los profesionales de crear vínculos afectivos con los menores del centro

7.2. Actividades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Informar sobre conceptos básicos en relación con las drogas	Taller sobre conceptos básicos (tipos de drogas, iniciación al consumo, dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia...)
Dotar de herramientas y técnicas para que sepan identificar y trabajar con los factores de riesgo y de protección para el consumo de los menores, haciendo especial hincapié	Taller sobre de factores de riesgo y protección (identificarlos, trabajar con ellos, paliando las consecuencias de los f. riesgo y potenciando los factores de protección)

en sus fortalezas personales y factores de protección.	
Concienciar sobre las consecuencias negativas para la salud física y psicológica del consumo de sustancias.	Taller informativo sobre los efectos y consecuencias negativas de las drogas
Informar y entrenar habilidades de comunicación efectiva.	Taller sobre comunicación y relación de ayuda. Parte 1
Potenciar la capacidad de los profesionales de crear vínculos afectivos con los menores del centro. (Desde el punto de vista de que “lo efectivo es lo afectivo)	Taller sobre comunicación y relación de ayuda. Parte 2

Taller sobre conceptos básicos: en este taller se informará sobre los conceptos básicos sobre que tipos de drogas existen, su clasificación en base a su legalidad y efectos perjudiciales, como se inicia la persona en el consumo, el abuso, dependencia, adicción, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc.

Taller sobre de factores de riesgo y protección: este primer taller irá destinado a cumplir el primer objetivo específico, que es dotar de las herramientas y técnicas para que, los profesionales, sepan identificar y trabajar con los factores de riesgo y de protección de los menores del centro. Para ello, primero se definirán lo que son los factores de riesgo y de protección. Luego, se explicará cómo se identifican estos factores, con toda la información que tenemos del menor para elaborar su Plan Individualizado (PI). Para asegurarnos de que se ha aprendido como identificarlos, se hará una dinámica individual, en la que cada profesional identificará los factores de riesgo y de protección de un caso a analizar.

Después de la dinámica, se hablará sobre cómo se trabaja con estos factores. En el caso de los factores de riesgo, la intervención tendrá que estar dirigida a paliar las consecuencias de estos factores; en el caso de los factores de protección, la intervención está dirigida a potenciarlos.

Taller informativo sobre los efectos y consecuencias negativas de las drogas: este taller tendrá como objetivo informar de las consecuencias negativas para la salud física y psicológica

de las drogas. Para ello, se aportarán datos científicos-objetivos sobre los efectos y las consecuencias de las mismas, datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad en el Plan Nacional de Drogas. Antes del taller, se entregará un cuestionario sobre las consecuencias de las drogas. Este cuestionario será pre-post. Tras la realización del taller, se entregará de nuevo el cuestionario, para ver si el taller ha sido efectivo y por lo tanto, los profesionales han aprendido algo nuevo sobre las consecuencias físicas y psicológicas de las drogas.

Taller sobre comunicación y relación de ayuda: este taller tendrá como objetivo informar sobre las técnicas de comunicación efectiva. Para ello, hablaremos sobre como crear un espacio de confianza y confidencialidad, la empatía, la escucha activa, entre otras técnicas.

En la segunda parte del taller, se tendrá como objetivo potenciar la capacidad de los profesionales de crear vínculos afectivos con los menores del centro. Para ello, se hará una dinámica grupal, en la que trabajaremos aspectos como identificar las necesidades afectivas de los menores del centro y se pondrán en común ideas para mejorar la relación del profesional con el menor.

7.3. Sesiones del curso

Sesión 1. Introducción

- Presentación del curso y de los profesionales
- Dinámica grupal para crear un ambiente de confianza y una buena disposición

Sesión 2. Taller de conceptos básicos

- Definición de conceptos básicos
- Video “Neurociencia de las adicciones: una nueva perspectiva” Lucía Hipólito. TED Talks
<https://www.youtube.com/watch?v=7wJvkIautCk>

Sesión 3. Taller sobre de factores de riesgo y protección

- Definición de factores de riesgo y de protección
- Tipos de factores de riesgo y de protección del consumo de drogas en la infancia y adolescencia

- Dinámica individual: caso de un adolescente. Identificar factores de riesgo y de protección

Sesión 4. Taller informativo sobre los efectos y consecuencias negativas de las drogas

- Información sobre los efectos inmediatos y a largo plazo de las drogas (datos del Ministerio de Sanidad, Gobierno de España).
- Cuestionario pre-post sobre las consecuencias de las drogas. Se repartirá antes y después del taller
- Video “Como afectan las Drogas y Alcohol en la adolescencia” Clínica Alemana
<https://www.youtube.com/watch?v=-GKyYxeUK5c>

Sesión 5. Taller sobre comunicación y relación de ayuda. 1º parte

- Definición de conceptos básicos: confianza, confidencialidad, empatía, respeto, escucha activa, comunicación eficaz...
- Dinámica en parejas: representación delante del grupo, uno hace de paciente y otro de psicólogo: uno le tiene que contar su caso al otro (relacionado con alguna adicción a sustancias) y el otro actúa de la forma que se le indique (uno no escucha, otro le interrumpe todo el rato y otro se sienta mirándole a los ojos...). Preguntamos al paciente como se ha sentido. Se pone en común lo que piensan que ha podido hacer mejor el psicólogo

Sesión 6. Taller sobre comunicación y relación de ayuda. 2º parte

- Hablar sobre los menores del centro y sobre cómo se sienten los profesionales cuando se comunican con ellos
- Buscar puntos fuertes y debilidades a la hora de trabajar con ellos
- Video “Como hablar sobre drogas con adolescentes y jóvenes- #Quedate en casa”
<https://www.youtube.com/watch?v=1c0RInty0kc>
- Cuestionario sobre los contenidos vistos en el taller

Sesión 7. Despedida

- Agradecimientos y despedida
- Cuestionario de satisfacción del curso

7.4. Profesionales implicados

- Un/a trabajador/a social
- Un/a psicóloga/o
- Un/a profesional de las adicciones (de un CAID)

7.5. Valoración

- Dinámicas individuales y grupales: para valorar si han aprendido algo que no sabían y para que puedan interiorizarlo y aprender de sus compañeros
- Cuestionario pre-post de las consecuencias para la salud del consumo de sustancias: en un primer momento, se entrega para valorar los conocimientos que tienen los profesionales antes de hacer el taller informativo. En el segundo momento, se entrega para valorar si han aprendido del taller informativo, y por lo tanto ha sido efectivo
- Cuestionario de satisfacción del curso con una casilla de posibles cambios o propuestas, con vista a mejorar y poder implementarlo en otros centros.

7.6. Calendario

NOVIEMBRE 2022						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2 PRIMERA SESIÓN 10:00-11:00	3	4
5	6	7	8	9 SEGUNDA SESIÓN 10:00-12:00	10	11
12	13	14	15	16 TERCERA SESIÓN 10:00-12:00	17	18
19	20	21	22	23	24	25

				CUARTA SESIÓN 10:00-12:00		
26	27	28	29	30 QUINTA SESIÓN 10:00-12:00		

DICIEMBRE 2022						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2
3	4	5	6	7 SEXTA SESIÓN 10:00-12:00	8	9
10	11	12	13	14 SEPTIMA SESIÓN 10:00-11:00	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

7.7. Resultados esperados

Taller sobre conceptos básicos: con este taller se espera que aprendan los conceptos básicos de las drogas como son los tipos de drogas normalizadas o no que existen, sus efectos a corto y largo plazo, la tolerancia, la abstinencia, la adicción, etc. Esto es imprescindible para que puedan continuar su formación en relación a la prevención del consumo y el tratamiento de las adicciones.

Taller sobre de factores de riesgo y protección: con este taller, se pretende que los profesionales aprendan como identificar y tratar con los factores de riesgo y de protección. Para

esto, hay que primero definir los factores de riesgo y de protección y asegurarnos de que entienden lo que significan. Desde la premisa de que la mejor manera de trabajar con éstos es potenciando los factores de protección y paliando los efectos de los factores de riesgo. Con la dinámica individual se intentará que interioricen los conceptos y la manera de identificar y trabajar con estos factores.

Taller informativo sobre los efectos y consecuencias negativas de las drogas: tras el taller, es de esperar que los profesionales hayan aprendido sobre las consecuencias del consumo y el abuso de sustancias. Se entregarán unos panfletos informativos sobre los riesgos del consumo, para que puedan recordar los aspectos mencionados en el taller.

Taller sobre comunicación y relación de ayuda: con este taller, pretendemos que los profesionales aprendan sobre lo necesario para llevar a cabo una comunicación efectiva y para crear vínculos afectivos con los menores. Esto es la confianza, empatía, el respeto, la escucha activa... Con la dinámica en parejas, pretendemos que puedan darse cuenta de las diferentes maneras que tenemos de comunicarnos y cuales son más y menos efectivas. También, escuchando a las personas que actuarán como pacientes, esperamos que se den cuenta de cómo pueden hacer sentir a los demás dependiendo de cómo se comuniquen con ellos.

8. Bibliografía

Agualongo, J y Robalino, D. (2020). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Scientific*, 5, 127-145. Consultado en: http://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/459/1116

Ayuso, A. (2021, 19 de mayo). *España destina a Marruecos 86,8 millones en dos años para financiar el 'tapón' de la inmigración ilegal*. El independiente. Consultado en: <https://www.elindependiente.com/espana/2021/05/19/espana-destina-a-marruecos-868-millones-en-dos-anos-para-financiar-el-tapon-de-la-inmigracion-ilegal/>

Aznar Domingo, A. y González Palenzuela, L. (2021). El acogimiento en España: especial consideración a los menores extranjeros no acompañados. *Revista de Jurisprudencia*, 23.

Consultado en: <https://elderecho.com/el-acogimiento-en-espana-especial-consideracion-a-los-menores-extranjeros-no-acompanados>

Accem (s.f). *Menores extranjeros no acompañados*. Consultado en: <https://www.accem.es/vulnerables/menores-extranjeros-no-acompanados-mena/>

Atherton, O.E., Conger, R.D., Ferrer, E., & Robins, R.W. (2015). *Risk and Protective Factors for Early Substance Use Initiation: A Longitudinal Study of Mexican-Origin Youth*. *Revista Research on Adolescence*, 26, 864-879. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jora.12235>

Barros, F y Soriano, R.S y Trinidad, A. (2022). Desarrollo industrial, trabajo y migración: el caso del norte de Marruecos. *Revista Española de Sociología*, 31, 1-23. Descargado en: <file:///C:/Users/inigo/Downloads/Dialnet-DesarrolloIndustrialTrabajoYMigracion-8181449.pdf>

Belguendouz, A. (2002). Marruecos frontera con España: ¿socio o gendarme de Europa en África del Norte?. *Cajamar*, 1, 33-74. Consultado en: <https://publicacionescajamar.es/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/mediterraneo-economico-1-procesos-migratorios-economia-y-personas/408>

BOE. (1889). *Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica en Código Civil*. Consultado en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>

BOE. (1996). *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. Consultado en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

BOE. (2000). *Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Consultado en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>

BOE. (2015). *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. Consultado en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

BOE. (2021). *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*. Consultado en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>

Boundi, M. (2021, 17 de octubre). Imperativos de la vecindad y cooperación migratoria hispano-marroquí. *Barataria Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 31, 71-85. Consultado en: <https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/613/730>

Casey, N. y Bautista, J. (2021, 2 de junio). “*Nos usaron como peones*”: un episodio de tensión migratoria entre España y Marruecos. The New York Times. Consultado en: <https://www.nytimes.com/es/2021/06/02/espanol/espana-migrantes-marruecos.html>

Comunidad de Madrid (s.f.). *Acogimiento residencial de menores*. Comunidad de Madrid. Consultado en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/acogimiento-residencial-menores>

Daranas Peláez, M. (2011). Constitución del Reino de Marruecos. *Revista de las Cortes Generales*, 82, 481-561. Consultado en: <https://revista.cortesgenerales.es/rcg/article/view/362/1108>

Datos Macro. (2022). *Marruecos: Economía y demografía*. Consultado el 6 de enero de 2022. <https://datosmacro.expansion.com/paises/marruecos>

Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. (2015). *Protegiéndote, bases del programa*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Descargado en: file:///C:/Users/inigo/Downloads/protegiendote_bases_del_programa_0.pdf

El Periódico. (2021, 4 de mayo). *Al menos 400.000 familias humildes viven de cultivo de cannabis en Marruecos*. Consultado en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210504/familias-marruecos-viven-plantaciones-cannabis-11701509>

Escribano, G. (2010). *La internacionalización de la empresa española, Estudio monográfico sobre el entorno económico y las oportunidades de inversión en Marruecos*. Real Instituto Elcano. Consultado en: <https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2021/11/libro-internacionalizacion-empresa-espanola-marruecos.pdf>

Fundación Andaluza de Accesibilidad y Personas Sordas. (2009). *Movimientos migratorios: enfoques y evolución*. Consultado el 2 de enero de 2022 en: http://www.fundacionaccesible.org/biblioteca/movimientos_migratorios/movimientosmigratorios.html#:~:text=Se%20denomina%20movimientos%20migratorios%20al,la%20historia%20de%20la%20humanidad.&text=A%20los%20movimientos%20migratorios%20se%20les%20llama%20emigraci%C3%B3n%20o%20inmigraci%C3%B3n

Gobierno de España. (2019). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Consultado en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/productos/pdf/BOLETIN_22_final.pdf

Gobierno de España. (2021). *Extranjeros con autorización de estancia por estudios en vigor*. Resultados. Gobierno de España. Consultado en: <https://extranjeros.inclusion.gob.es/es/estadisticas/operaciones/con-autorizacion/index.html>

Herrera-Pastor, D. (2022). La migración del “MENA” marroquí vista desde dentro. *MODULEMA Revista Científica sobre Diversidad Cultural*, 6, 8-23. Consultado en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/modulema/article/view/23454/22680>

INE (2021). *Población extranjera por Nacionalidad, comunidades*. INE. Consultado en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). *Como prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

Khan, M. (2020). *Trastorno por el uso de sustancias*. Manual MSD. Consultado en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>

La Vanguardia. (2011). *Mohamed IV anuncia los cambios en la Constitución de Marruecos*. La Vanguardia. Consultado en: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20110617/54173451082/mohamed-vi-anuncia-los-cambios-en-la-constitucion-de-marruecos.html>

López García, B. (2004). *La evolución de la inmigración marroquí en España 1991-2003*. Atlas de la Inmigración Marroquí en España, 213-221. Consultado en: http://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/Observatorio_permanente_inmigracion/publicaciones/documentos/19.2_Atlas_de_la_inmigracixn_marroquux_en_Espaxa.pdf

López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919/8783>

Mampaso Desbrow, J., Pérez, F., Corbí, B., González, M.P. y Bernabé, B. (2014). Factores de riesgo y de protección en menores infractores. Análisis y prospectiva. *Psychologia Latina*, 5(1), 11-20. <https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/618/29-2014-07-29-02%20MAMPASO%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Sanidad. (2020). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Consultado en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf

Moré, I. (2005) *Las Remesas de los Inmigrantes en España: una oportunidad para la Acción Exterior*. Real Instituto El Cano de Estudios Internacionales y Estratégicos. Consultado en: http://www.ceimigra.net/viejaweb/ceim_ho me/ jornada_marruecos/sorprendentes_reme.pdf

Muñoz, P. (2021). *Acogida de menores en centros de protección del menor. Propuesta de intervención “Los olvidados”*. [Trabajo de fin de Grado de Trabajo Social, Universidad de Valladolid]. UVadoc. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49444/TFG-G5115.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Naciones Unidas. (2019). *Índice de Desarrollo Humano en España*. Consultado el 20 de diciembre de 202. <https://datosmacro.expansion.com/idh/espana>

Naciones Unidas. (2019). *Índice de Desarrollo Humano en Marruecos*. Consultado el 20 de diciembre de 2021. <https://datosmacro.expansion.com/idh/marruecos#:~:text=Se%20ha%20publicado%20el%20%C3%ADndice,elabora%20cada%20a%C3%B1o%20Naciones%20Unidas.>

National Center for Injury Prevention and Control. (2021). *La marihuana y la salud pública*. National Center for Injury Prevention and Control. Consultado en: <https://www.cdc.gov/marijuana/es/index.html>

Nayma, E. (2006). *Análisis de los acuerdos hispanomarroquíes y sus efectos en las relaciones económicas y comerciales entre Marruecos y España (1956-2003)*. UAM. Descargado en: file:///C:/Users/inigo/Downloads/6472_nayma_elmostafa.pdf

Peregil, F. (2021, 16 de junio). *El parlamento de Marruecos aprueba el uso terapéutico de cannabis*. Consultado en: <https://elpais.com/sociedad/2021-06-16/el-parlamento-de-marruecos-aprueba-el-uso-terapeutico-del-cannabis.html>

Peregil, F. y González, M. (2022, 18 de marzo). *España toma partido por Marruecos en el conflicto del Sahara*. El País. Consultado en: <https://elpais.com/espana/2022-03-18/sanchez-considera-la-autonomia-del-sahara-como-la-base-mas-seria-realista-y-creible-para-resolver-el-conflicto.html>

Programa de Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Consultado en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Programa de Naciones Unidas. (2005). *Índice de Desarrollo Humano*. Datos Macro. Consultado en: <https://datosmacro.expansion.com/idh/marruecos>

[Programa de Naciones Unidas \(2019\). Índice de Desarrollo Humano. Datos Macro. Consultado en: https://datosmacro.expansion.com/idh](https://datosmacro.expansion.com/idh)

Rafael Linares, A y Batlle Villa, S. (s.f.). *Trastorno por Abuso de Sustancias en la Infancia y la Adolescencia*. Universidad Autónoma de Barcelona. Consultado en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_por_abuso_sustancias_infancia_adolescencia.pdf

Real Academia Española. (s.f.) Emigrar. En *Diccionario de la lengua española*. Consultado el 12 de enero en: <https://dle.rae.es/emigrar>

Real Academia Española. (s.f.). Inmigrar. En *Diccionario de la lengua española*. Consultado el 12 de enero en: <https://dle.rae.es/inmigrar?m=form>

Rodríguez, A. (2008). Reacciones y relaciones de menores y jóvenes marroquíes ante la protección y la exclusión. *E-migrinter*, 2, 153-162.

https://www.researchgate.net/publication/233978831_Reacciones_y_relaciones_de_menores_y_jovenes_marroquies_ante_la_proteccion_y_la_exclusion

Sánchez Alhama, J., Molero Mesa, E. y Domínguez, J.A. (2006). Estructuras sociales de desigualdad, medio ambiente y desarrollo humano: cannabis y desarrollo en marrocos. *Portularia*, 6 (2), 105-121. Consultado en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/529/b1520100.pdf?sequence=1>

Save the Children. (s.f.). *La protección jurídica y social de los Menores Extranjeros No Acompañados en Andalucía*. Save the Children. Consultado en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/proteccion_juridica_menores_extranjeros_no_acompanados_andalucia.pdf

Seguridad social. (2021). “*La Seguridad Social registra 2.160.232 trabajadores extranjeros en julio*”. Revista de Seguridad Social. Consultado en:

<https://revista.seg-social.es/2021/08/19/la-seguridad-social-registra-2-160-232-%20trabajadores-extranjeros-en-julio/>

Statista. (2021). *Emigrantes con residencia legal por nacionalidad en España 2020-2021*. Statista. Consultado en: <https://es.statista.com/estadisticas/472512/poblacion-extranjera-de-espana-por-nacionalidad/>

Torrejón Rodríguez. (2006). *Las relaciones entre España y Marruecos según sus tratados internacionales*. Revista de Estudios Electrónicos Internacionales. Consultado en: <http://www.reei.org/index.php/revista/num11>

UNICEF. (1990). *Convención de los Derechos del Niño*. Consultado en: <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20sobre%20los%20Derechos,a%20los%20gobier%20a%20cumplirlos.>

9. ANEXOS

9.1. Resumen del taller sobre conceptos básicos

El **abuso** de una sustancia conlleva su uso de manera excesiva y sin control, provocando un deterioro o malestar clínicamente significativo. Normalmente, se comienza a abusar de una sustancia sin tener conciencia de las consecuencias de esa sustancia. (Comunicación persona, Juan Rico Bermejo, 15 de enero de 2021)

La **adicción** a una sustancia implica la pérdida del control de consumo, a pesar de las consecuencias negativas de la sustancia. La **dependencia** a una sustancia supone una serie de síntomas fisiológicos, psicológicos, cognoscitivos y conductuales que nacen del consumo excesivo de ciertas sustancias, y que dificultan que el consumidor pueda controlar o abandonar el consumo. (Comunicación persona, Juan Rico Bermejo, 15 de enero de 2021)

El consumo repetido de la sustancia provoca una disminución de las respuestas a la misma cantidad de esa sustancia. Por lo tanto, el consumidor necesitará consumir una mayor cantidad de sustancia para provocar el mismo efecto. A esto se le llama **tolerancia**. El **síndrome de abstinencia** es un conjunto de síntomas fisiológicos, psicológicos, cognoscitivos y conductuales que surgen en el consumidor cuando deja de consumir la sustancia de la que ha abusado y de la que es adicto. (Juan Rico Bermejo, comunicación personal, 15 de enero de 2021)

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SU LEGALIDAD	
LEGALES	
Alcohol	Es la droga con mayor aceptación social. Su consumo es legal a partir de los 18 años.
Tabaco	El tabaco es una de las drogas más consumidas
Cafeína	Tiene efectos en el sistema nervioso, pero el consumo de cantidades normales no es peligroso.
Teobromina y teofilina	No es peligroso si lo consumes en cantidades normales. Se encuentra en el té y en el chocolate.

Fármacos	Los psicofármacos alteran el SNC. Entre ellos se encuentran las benzodiacepinas y las anfetaminas. Estos fármacos deben utilizarse con control médico
ILEGALES	
Cannabis	La marihuana y el hachís son derivados del Cannabis. La marihuana es la droga ilegal más consumida.
Cocaína	Se obtiene de las hojas de la planta de coca. Es ilegal tanto consumirla como cultivarla y venderla.
MDMA	Es conocido también como éxtasis y su uso conlleva graves consecuencias para la salud.
Anfetaminas o speed	Son ilegales cuando se usan sin control médico para fines recreativos
Heroína	Conlleva graves consecuencias para la salud. Es ilegal fabricarla, venderla y estar en posesión de esta sustancia
Fenciclidina o PCP	Antiguamente se utilizaba con fines analgésicos
LSD	Se utilizaba con fines psiquiátricos, pero se ilegalizó por sus efectos alucinógenos.
Ketamina	Se utilizaba con fines anestésicos, pero se ilegalizó por sus efectos alucinógenos.
Popper	Es un vasodilatador.
Setas alucinógenas	Son ilegales por sus efectos alucinógenos.

Fuente: Elaboración propia basada en la Clasificación de las drogas de Badia, 2019.

9.2. Cuestionario pre-post sobre las consecuencias de las drogas para la salud

PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD U OTROS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Tómese un momento para completar esta encuesta

Lea atentamente cada frase y luego indique por favor, su opinión acerca de los problemas de salud u otros problemas que puede causar cada una de las siguientes situaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

	Ningún problema	Algún problema	Bastantes problemas	Muchos problemas	No se/ No contesto
Fumar 1-7 cigarros al día	☐	☐	☐	☐	☐
Fumar un paquete de tabaco al día	☐	☐	☐	☐	☐
Beber los fines de semana 2-6 cervezas/copas	☐	☐	☐	☐	☐
Beber todos los días 2-6 cervezas/copas	☐	☐	☐	☐	☐
Fumar marihuana o hachís 2-4 veces al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Fumar marihuana o hachís 2-4 veces a la semana o más	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir cocaína 1-2 veces en tu vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir cocaína una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir cocaína una vez o más semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir éxtasis 1-2 veces en tu vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir éxtasis una vez o más por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir anfetaminas 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir anfetaminas una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir anfetaminas una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐

Consumir setas mágicas 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir setas mágicas una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir ketamina 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir ketamina una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir ketamina una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir popper 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir popper una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir popper una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir LSD 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir LSD una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir LSD una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir heroína 1-2 veces en la vida	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir heroína una vez o menos al mes	☐	☐	☐	☐	☐
Consumir heroína una vez o más a la semana	☐	☐	☐	☐	☐

9.3. Resumen de los contenidos del taller informativo sobre los efectos de las drogas

SUSTANCIA	Tabaco
Efectos inmediatos	El monóxido de carbono: disminución de transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo. Produce fatiga, tos y expectoración. La nicotina: actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardíaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.
Efectos a corto plazo	Aumento de catarras de repetición Aumento de la tos Disminución del rendimiento deportivo

	Pérdida de apetito Machas en los dientes, infecciones y caries dentales Manchas amarillentas en las uñas y dedos Mal aliento
Efectos a largo plazo	El tabaquismo es la causa de... • Más del 90% de los casos de bronquitis. • Del 95% de los casos de cáncer de pulmón. • Del 30% de las cardiopatías coronarias Enfermedades relacionadas con el tabaco: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, hipertensión arterial, enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio), accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias), úlcera gastrointestinal, gastritis crónica, cáncer de laringe, cáncer bucofaríngeo, cáncer renal o de vías urinarias, impotencia sexual en el varón.
SUSTANCIA	Alcohol
Efectos inmediatos	Dependen de: La edad: Los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol, en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje. El peso y el sexo: el alcohol afecta más a personas con menor masa corporal, que suelen ser las mujeres. Para quien tiene menor masa corporal, se pueden generar más rápidamente daños psico-orgánicos y problemas con el alcohol. La cantidad y rapidez en la ingesta: a mayor ingesta en menor tiempo, mayor posibilidad de intoxicación. La combinación con bebidas carbónicas acelera la intoxicación La ingestión simultánea de comida, enlentece la intoxicación, pero no evita ni reduce los daños en el organismo La combinación con otras sustancias.
Efectos a corto plazo	Puede causar la intoxicación etílica, que podría provocar un coma o incluso la muerte Favorece conductas de riesgo, la que desinhibe y provoca una falsa sensación de seguridad. Está relacionado con los accidentes de tráfico y laborales o con prácticas sexuales de riesgo.
Efectos a largo plazo	Hipertensión arterial, alteración del sueño, gastritis, agresividad, úlcera gastroduodenal, depresión, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, deterioro cognitivo, encefalopatías, demencia, cáncer, psicosis...
SUSTANCIA	Cannabis
Efectos inmediatos	Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo. Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular. Aumento del ritmo cardíaco y la tensión arterial.

	Sequedad en la boca Percepción distorsionada, empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención. Dificultades de pensar y solucionar problemas, dificultad de coordinación.
Efectos a corto plazo	Irritabilidad, inquietud, nerviosismo, disminución del apetito
Efectos a largo plazo	Problemas de memoria y aprendizaje, dependencia (7-10% de los que lo prueban), trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad, enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer, trastornos del ritmo cardiaco (arritmias), psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).
SUSTANCIA	Cocaína
Efectos inmediatos	Euforia y sensación de aumento de energía, disminución del apetito, estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental, aumento de la presión arterial y el ritmo cardiaco, contracción de los vasos sanguíneos, aumento de la temperatura corporal y dilatación de las pupilas.
Efectos a corto plazo	Si la vía de administración es nasal, puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, rinitis o incluso perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse, puede provocar reacciones alérgicas a la droga o enfermedades asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc)
Efectos a largo plazo	Adicción, alteraciones cardiovasculares y neurológicas (infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales...), alteraciones en el estado de ánimo (cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad...), insomnio, impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad, paranoia, alucinaciones y psicosis.
SUSTANCIA	Heroína
Efectos inmediatos	Flash (subidón), euforia, bienestar. Supresión del dolor, náusea, vómito, ofuscación de la mente, depresión respiratoria.
Efectos a corto plazo	
Efectos a largo plazo	Tolerancia, adicción o dependencia, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis), infección del endocardio y válvulas del corazón, artritis y otros problemas reumáticos, venas colapsadas, abscesos cutáneos.
SUSTANCIA	Metanfetamina
Efectos inmediatos	Aumento del nivel de dopamina. Subidón de energía, euforia y potenciación de la libido
Efectos a corto plazo	Aumento de la atención, reducción del cansancio, reducción del apetito, sensación de euforia, aumento de la frecuencia cardiaca, hipertermia (golpe de calor), convulsiones, sobredosis, aumento de la libido, relaciones sexuales de riesgo, trastornos paranoides, reacción aguda por plomo usado con reactivo (vía intravenosa).

Efectos a largo plazo	Adicción, insomnio, anorexia, disminución de la libido, comportamiento violento, accidentes cardiovasculares, alucinaciones auditivas y visuales y psicosis.
------------------------------	--

Fuente: elaboración propia según los datos del Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (s.f)

Fuentes:

Badia, A. (2019). *Clasificación de drogas, OMS y sus efectos*. [clasificación de las drogas y sus efectos]. Psicología Online. Consultado el 1 de febrero de 2022. <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (s.f.). *Información sobre Drogas y otras conductas adictivas*. Portal Plan Nacional sobre Drogas. Consultado el 3 de febrero e 2022. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>