



Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y
de la Comunicación

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

La Prevención de las
Drogodependencias desde los
Servicios Sociales Municipales de
Tenerife

Autora: Lorena Expósito Carballo

Tutora: Berta Puyol Lerga

Fecha de presentación: 17 de Junio de 2016

Índice

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN	5
2. CONTEXTO TEÓRICO	8
2.1. DROGODEPENDENCIAS	8
2.1.1. Conceptos básicos en drogodependencias	8
2.1.2. Clasificación de las drogas	10
2.1.3. Epidemiología del consumo y la dependencia a las drogas.....	12
2.2. LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	13
2.2.1. Conceptos y objetivos de la prevención	15
2.2.2. Niveles y ámbitos de prevención.....	17
2.2.3. Factores de riesgo y factores protectores.....	19
2.3. EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES	22
2.3.1. Los Servicios Sociales Municipales	23
2.3.2. Los Servicios Sociales Especializados	24
2.4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS	25
3. OBJETIVOS	28
4. MÉTODO	29
4.1. Características generales	29
4.2. Población, período temporal y ámbito geográfico	29
4.3. Técnicas de recogida de datos.....	31
4.4. Técnicas de análisis de datos	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
Anexos	52
Anexo I: Instrumento de recogida de información	52
Anexo II: Respuestas literarias a la pregunta 20 del cuestionario realizado.....	58

INTRODUCCIÓN

El documento que se muestra corresponde al Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social. La realización de esta asignatura permite desarrollar las competencias básicas para la investigación en Trabajo Social y para el ejercicio profesional, posibilitando al alumnado manejar su capacidad de analizar, sintetizar y razonar sobre el tema a investigar.

El trabajo que se presenta trata de conocer el estado de la prevención de las drogodependencias en los Servicios Sociales Municipales de Tenerife, se lleva a cabo mediante una investigación cuantitativa que se realiza en los diferentes ayuntamientos de la isla.

La sociedad española ha empezado a tomar mayor conciencia del riesgo que las drogas suponen para la salud y el bienestar personal, no obstante, no se debe bajar la guardia. Los ciudadanos tienen que estar informados para entender el fenómeno de las drogas y para enfrentarse a situaciones que pueden afectarles directamente a ellos, a sus amigos o familiares.

Prevenir implica actuar para disminuir el número de personas que tienen problemas con las drogas, ya que éstas no solo perjudican a la persona que las toma y a su entorno. También otras muchas personas padecen sus consecuencias.

Con la realización de este estudio se ha conocido la opinión de los y las trabajadores sociales sobre el estado de la prevención de drogodependencias en los Servicios Sociales Municipales de Tenerife.

El documento está dividido en varios apartados donde se recogen los diferentes aspectos claves para el desarrollo del estudio.

En primer lugar, en la fundamentación se explican los motivos o razones que han motivado la elección del tema de investigación y por qué es importante su estudio, así como una breve contextualización del tema.

El segundo apartado recoge la información necesaria que ha hecho posible la configuración del contexto teórico, a través de la bibliografía trabajada y consultada durante todo el proceso de estudio. Se abordan aspectos generales de

drogodependencias y se compara la bibliografía localizada referente a los Servicios Sociales Municipales en materia de prevención.

Por otra parte, se han indicado los objetivos de investigación que han guiado en la realización de las entrevistas a los/as profesionales del Trabajo Social. Posteriormente, se concreta el método que se ha utilizado para alcanzar los objetivos definidos, señalando las características generales del mismo.

Por último, se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación de campo, así como el análisis y discusión de los mismos, cerrando este trabajo de fin de grado con las conclusiones finales.

Para finalizar, cabe mencionar que el interés del estudio reside en que se pueda llegar a conocer la importancia de las acciones preventivas que se llevan a cabo desde los Servicios Sociales Municipales en materia de drogodependencia. Los resultados de la presente investigación demuestran que sí es importante realizar acciones preventivas desde los ayuntamientos, por lo que se debe trabajar con la ciudadanía, facilitándole las herramientas y habilidades más adecuadas y necesarias que eviten que los jóvenes en un futuro puedan desarrollar una adicción.

1. FUNDAMENTACIÓN

La principal razón para la realización de esta investigación viene motivada por la propia experiencia personal de la alumna, al haber realizado las prácticas del Grado en Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias, en el “Servicio Municipal en Prevención de Adicciones (SMPAD)”, perteneciente al Ayuntamiento de Puerto de la Cruz. Tras la incorporación al campo de prácticas y a medida que pasaba el tiempo en la intervención con las personas usuarias, se pudo observar la importancia de la prevención de drogodependencias desde los Servicios Sociales Municipales.

El ámbito de las drogodependencias preocupa, y así lo demuestra la existencia del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías que realiza y coordina, en el territorio español, las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos de Autonomía. Su función principal es ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación, tendencias y características del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en España.

A raíz de toda esta preocupación se han puesto en marcha diferentes planes de actuación. A nivel nacional, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como iniciativa gubernamental creada en el año 1985, que trabaja en la recogida, análisis de datos y difusión de la información, principalmente de carácter epidemiológico sobre el consumo de drogas. Además coordina y favorece las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

A nivel autonómico, el III Plan Canario sobre Drogas es un instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias. Establece que en los últimos años se ha extendido el consumo o el uso de drogas, en especial el uso compulsivo de alcohol en fines de semana y el uso de cannabis y cocaína, variando los patrones y las formas de consumo. Han descendido las edades de inicio en su experimentación, la disminución

de la percepción de riesgo de su uso y su integración casi de manera normalizada en nuestra sociedad (Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, 2015).

Además en Canarias existe una amplia red de recursos de atención a las drogodependencias que responden a tipologías diferentes en función de su régimen de estancia, localización, tratamiento...etc., con el objetivo principal de desintoxicar y deshabituarse a la persona con problemas derivados del consumo de drogas. Dentro de los mismos podemos distinguir entre los siguientes centros y servicios: las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), las Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias (URAD), Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias (USAD) y Programas en Centros Penitenciarios (Servicio Canario de Salud, 2015).

El consumo de drogas se presenta en la actualidad como uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Además, ha dejado de ser algo exclusivo de una minoría para configurarse como un problema de magnitudes sociales, comunitarias y de salud pública (PNSD, 2000).

Las drogodependencias son uno de los principales problemas de salud en las sociedades desarrolladas. El acceso a las drogas tanto legales como ilegales es relativamente fácil y no excesivamente costoso, lo que propicia un incremento del consumo entre los adolescentes y los jóvenes, y a una edad de inicio de experimentación cada vez más precoz (ONU, 2005).

Es necesario saber que según la Organización Mundial de la Salud, droga “es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 2015, p. 34).

Dentro de la amplitud del ámbito de las drogas, este trabajo se centrará exclusivamente en la prevención de las drogodependencias desde los Servicios Sociales Municipales.

Los servicios sociales, por su inserción local en una comunidad y su carácter polivalente, se han ido convirtiendo en punto de referencia y en lugar privilegiado de articulación de respuestas a las necesidades de una población.

Según Soriano (2001) los trastornos y problemáticas derivados de la adicción a las drogodependencias requieren la cooperación y colaboración tanto de los Servicios Sociales Generales como de los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.

Por lo tanto, “cuando hablamos de las conductas adictivas hablamos de una problemática multicausal, ya que ella resulta de una múltiple concurrencia de factores individuales, sociales y culturales y nunca se llega al abuso o la dependencia por la influencia de un solo factor. Para que una persona incurra en una conducta adictiva deben concluir simultáneamente tres grupos de factores: factores vinculados al individuo, factores vinculados al contexto (familia, escuela, sociedad...) y factores vinculados a las sustancias, a los objetos y a los actos” (Fabián, 2007, p.83).

Nos encontramos, sin duda al hablar de drogodependencias, ante un asunto complejo, lleno de matices, con múltiples factores predisponentes, causantes y mantenedores, donde los efectos de las sustancias se mezclan con las características personales, donde ni los aspectos personales, económicos, sociales, culturales, laborales, familiares,... explican en su totalidad la enorme dimensión del problema.

Por ello, el interés por el tema de estudio, ya que en estos momentos parece necesario realizar una reflexión sobre el papel que los Servicios Sociales Municipales desempeñan en este tema.

Los resultados obtenidos en esta investigación permitirán conocer la importancia de llevar a cabo acciones preventivas en materia de drogodependencia desde los Servicios Sociales Municipales para evitar posibles conductas adictivas. Además, se observará si los y las profesionales del Trabajo Social de los ayuntamientos de la isla de Tenerife conocen el funcionamiento y eficiencia de la prevención en drogodependencias, permitiendo poder realizar mejoras en la intervención y aumentar la efectividad de dichas actuaciones.

2. CONTEXTO TEÓRICO

En el siguiente apartado se mostrará una revisión de los antecedentes teóricos existentes en referencia al tema objeto de estudio entre los que se encuentran: las drogodependencias, la prevención en drogodependencias, los servicios sociales municipales y el papel del trabajador/a social en el ámbito de las drogodependencias.

2.1. DROGODEPENDENCIAS

El consumo de drogas y las consecuencias de toda índole que acarrea, constituye un problema social de gran importancia. Por ello, antes de que la conducta de consumo esté presente, debemos actuar y ser proactivos. De esta manera, serán mucho más eficientes nuestras acciones, logrando una prevención eficaz.

Según Soria (2007), el fenómeno de las drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. Actualmente, en España, los consumidores son cada vez más jóvenes, además de consumir con fines recreativos y socializantes.

Al hablar del problema de la droga se continua poniendo el énfasis en las sustancias psicoactivas de venta ilegal, olvidando, por una parte, que el consumo de tabaco y alcohol es la puerta de entrada al consumo de otras sustancias (Kandel, Yamaguchi y Chen, 1992, s.r.f. Macià, 2000) y que este consumo está relacionado directamente con las principales causas de muerte en las sociedades occidentales desarrolladas; y por otra, se olvida que el alcohol es la droga que más problemas crea en nuestra sociedad y que su consumo en los últimos años se incrementa de forma espectacular entre nuestros jóvenes los fines de semana (Comas, 1990, s.r.f. Macià, 2000).

2.1.1. Conceptos básicos en drogodependencias

Hay varios conceptos que nos permiten comprender a qué nos referimos cuando hablamos de drogas. Para un mejor entendimiento del tema objeto de estudio, es conveniente definir algunos conceptos que van a estar presentes en la investigación.

En el año 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió las drogas como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969, s.r.f. Lorenzo, Madera, Leza, y Lizasoain, 2009, p. 2). Este concepto también ha sido definido por otros autores como por ejemplo, Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez (2004) quienes distinguen entre dos usos diferentes de dicho concepto. Por un lado para la medicina, es “cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, I., 2004, p. 64) y para la farmacología es “cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, 2004, p. 64).

También la OMS definió el concepto de drogodependencia como “el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (OMS, 1982, s.r.f. Lorenzo, Madera, Leza y Lizasoain, 2009, p. 5).

A estas definiciones debemos añadir que los efectos y consecuencias de los consumos dependen de factores sociales, económicos, culturales y educativos. Así en la adicción a sustancias tóxicas se interrelacionan las sustancias, las personas, los contextos socioculturales y los momentos históricos.

Por otro lado, el Plan Nacional sobre Drogas (2003) define la dependencia cuando “se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.” (Plan Nacional sobre Drogas, 2003, p. 13). Este mismo plan define la tolerancia cuando “a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos” (Plan Nacional sobre Drogas, 2003, p. 9).

Para Puyol y Tosco (2007, p. 125) el abuso es el “uso continuado de una droga. El consumo se prolonga en el tiempo, dando lugar a un deterioro físico, familiar, laboral y social, pero sin llegar a establecer una dependencia”.

Flynn (1994) define el consumo de drogas en la población adolescente como un consumo compulsivo y recurrente de cualquier sustancia química que conlleve consecuencias negativas en cualquier área de la vida o del desarrollo del joven como, por ejemplo: la salud, la familia y las relaciones sociales, el rendimiento escolar y/o laboral, los problemas económicos o legales y el desarrollo personal.

2.1.2. Clasificación de las drogas

Siguiendo a Macià (2000), a la hora de utilizar una clasificación de las distintas drogas nos encontramos con algunos problemas, dada la existencia de un gran número de clasificaciones. Esto se debe, a que es un tema abordado por muchas disciplinas con puntos de vista distintos.

Las drogas se han clasificado según:

- a) Su origen: naturales y sintéticas.
- b) Atendiendo a su estructura química.
- c) Según su acción farmacológica.
- d) Atendiendo a las manifestaciones que se producen en el comportamiento de los sujetos.
- e) Según consideraciones legales y/o sociológicas.

Según Becoña (2002), una de la más utilizadas es la de Shuckit (2000), que las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras (ver tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de las drogas según Shuckit (2000).

Clase	Algunos ejemplos
Depresoras del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Elaboración propia extraída de Becoña 2002.

Siguiendo a Martín (2009), respecto a las familias de origen de las sustancias, podemos realizar la siguiente clasificación:

- Cannabinoides: marihuana, hachís y aceite de hachís.
- Opiáceos: opio, morfina y heroína.
- Alucinógenos: mescalina y LSD.
- Psicofármacos: barbitúricos, benzodiacepinas y anfetaminas.
- Drogas de síntesis: MDMA, metanfetamina, M-CPP, GHB, PCP y ketamina.
- Derivados de la hoja de coca: clorhidrato de cocaína, pasta base y crack.
- Inhalantes: poppers.
- Alcohol
- Tabaco
- Xantinas: cafeína, teofilina y teobromina.

2.1.3. Epidemiología del consumo y la dependencia a las drogas

En la actualidad, el consumo de sustancias ilegales en España es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Cannabis, cocaína y éxtasis son por este orden las sustancias ilegales más ingeridas. Frente a este incremento, se constata un descenso del consumo de heroína y las muertes asociadas al uso de este opiáceo. En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias psicoactivas de mayor consumo. El empleo de cannabis y cocaína se ha incrementado sobre todo en el sector más joven de la población (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006).

Según el Informe Europeo sobre Drogas 2013 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el consumo sigue siendo alto en términos históricos, si bien cabe observar cambios positivos, como las cifras récord de administración de tratamiento y la presencia de algunos signos favorables en lo que respecta al consumo por vía parental, al inicio en el consumo de heroína y al consumo de cocaína y de cannabis.

Según Pereiro (2006), aunque existe una percepción social, casi generalizada, que concede mayores repercusiones negativas para la salud al consumo de drogas ilegales lo cierto es que los datos muestran que, por ahora, el consumo de drogas legales ocupa los primeros lugares en cuanto a problemática para la salud derivada de su consumo. Así por ejemplo, según la OMS, en España el tabaco explicaría el 16,8% de la mortalidad, el alcohol el 3% y las drogas ilegales el 0,6%.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2008) plantea que las personas que empiezan a consumir lo hacen generalmente para sentirse bien, para sentirse mejor, para rendir mejor, por curiosidad o porque los demás lo hacen. Respecto a este último punto, los/as adolescentes son especialmente vulnerables debido a la influencia que tienen sus iguales sobre ellos, razón por la que es más probable que sean quienes participen en comportamientos transgresores como este.

La prevalencia del consumo de drogas sigue siendo estable en todo el mundo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-. Se estima que un total de 246 millones de personas - un poco más de 5 por ciento de los mayores de 15 a 64 años en todo el mundo -

consumieron una droga ilícita en 2013. Unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas (*PWID- People Who Inject Drugs*). Se estima que 1,65 millones de personas que se inyectan drogas vivían con el VIH en 2013. Los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a abusar de los opioides con prescripción médica y de los tranquilizantes.

Son datos que ponen de manifiesto que las primeras experiencias con el alcohol y con el tabaco se producen a edades muy tempranas y que el consumo habitual de estas sustancias es importante, lo que incrementa la probabilidad de tener problemas con estas drogas en el futuro y de pasar a consumir cánnabis y otras drogas ilegales (Kandel, 1980, s.r.f. Martínez, Pérez y de las Heras, 2004).

2.2. LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Es muy importante detectar precozmente el uso de cualquier droga, no sólo por los problemas de salud que pueden sufrir a corto y medio plazo, sino también por el riesgo.

Según Becoña (1999), por prevención de drogodependencias se entiende, “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995, s.r.f. Becoña, 1999, p. 15) y un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre si relacionadas, para la consecución de una meta (Escámez, 1990, s.r.f. Becoña, 1999). Por tanto, un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las drogodependencias a impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

El NIDA (2008), indica que el uso temprano de drogas aumenta la posibilidad de tener problemas serios de abuso de drogas y adicción en el futuro. Por esa razón, la prevención del uso temprano de drogas puede reducir riesgos futuros.

Los padres tienden a concebir el desarrollo de los hijos e hijas como un proceso en el que los jóvenes se van alejando de la primitiva influencia familiar para adentrarse en el mundo exterior en el que los jóvenes están expuestos a otras influencias como los amigos, los medios de comunicación, etc. (Conde, 2003, s.r.f. Conde 2007).

La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos de las principales condiciones que se incrementan en esta edad: el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992, s.r.f. Arbex, 2002).

Según Acero, Moreno, Moreno y Sánchez (2002), un factor que explica la vigencia de una forma de ocio centrada en salir de marcha, asociada al consumo de drogas, radica en su estrecha vinculación con ciertos valores sociales dominantes entre los jóvenes, como la búsqueda de la diversión como objetivo vital y la relevancia que tiene el consumo de distintos productos y servicios para conseguirlo. El peso que determinados valores tienen como factores estimuladores o potenciadores de los consumos de drogas es cada vez más evidente.

Un estudio (Navarro, 2000, p. 19 s.r.f. Acero, Moreno, Moreno y Sánchez 2002) realizado con el objetivo de conocer los factores de carácter social relacionados con los consumos de drogas de los jóvenes, pone de relieve que determinadas modalidades de ocio parecen estar asociadas al uso de drogas o a la abstinencia de las mismas. Así, un ocio centrado básicamente en la diversión, la asistencia a fiestas, las salidas nocturnas frecuentes, la disponibilidad de dinero en cantidades importantes, se relaciona con el consumo abusivo de alcohol y otras drogas en los lugares de diversión, o en el grupo de iguales. Por su parte, los modos de ocio alternativos y en particular la práctica de algún deporte parecen estar más vinculados al no consumo de drogas.

No es casualidad, que el inicio del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, tenga lugar precisamente y en su mayor parte en esta etapa de la vida. Podríamos considerar que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996, s.r.f. Arbex, 2002). Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional, sea algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el menor maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un

entramado de factores de riesgo y factores de protección presentes en sus recursos personales y en su realidad social.

2.2.1. Conceptos y objetivos de la prevención

El Plan Nacional Sobre Drogas (2000) entiende que la prevención en materia de drogodependencias conlleva la puesta en marcha de un entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas.

En ocasiones las intervenciones preventivas se agrupan en dos grandes bloques, el de reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y el de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor (Pentz, Bonnie y Shopland, 1996, s.r.f. Becoña, 2002).

La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo (cambiar actitudes, percepciones, conductas; reducir los factores de riesgo; entrenarlo en habilidades; etc.). Cuando se realiza a un nivel más amplio, ej., escolar, familiar, comunitario, etc., el objetivo sigue siendo el individuo o grupo de individuos al que se dirige. Por el contrario, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia, a que haya menos cantidad de sustancia disponible o circulando en el mercado.

Siguiendo a Martín (2009), podemos distinguir entre una prevención específica, destinada a prevenir directamente los problemas de drogodependencias, y una inespecífica dirigida a la realización de actividades que no están directamente relacionadas con las drogas (como son la ocupación del tiempo de ocio, actividades culturales, deportivas, etc.), aunque seamos conscientes de que esta distinción no nos conduce a nada, ya que debemos integrar ambas posturas en una metodología preventiva y educativa.

En el campo de la prevención de las drogodependencias hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por (Caplan 1980, s.r.f. Becoña, 1999). Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar. En la prevención primaria intervenimos antes de que surja

la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos. En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

Para Becoña (2002), los objetivos que nos planteamos con la prevención son:

- Educar a las personas para que sean capaces de mantener relaciones maduras y responsables con las sustancias.
- Retrasar la edad de inicio en los consumos.
- Intervenir en las causas que producen malestar individual.
- Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición de la prueba de las sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellas personas que consumen o tienen problemas de abuso o dependencia.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

2.2.2. Niveles y ámbitos de prevención

Según el centro de prevención e intervención en drogodependencias (2013), se entiende por ámbitos, aquellos espacios o contextos donde se desenvuelve la vida de los individuos y que tienen relevancia en la conformación de los factores de riesgo y prevención. Los ámbitos de actuación en prevención son:

- **Ámbito educativo**→Intervenciones dirigidas a: centros educativos (públicos y privados) y profesionales del ámbito educativo.
- **Ámbito familiar**→Intervenciones dirigidas a: padres y madres y tutores de menores.
- **Ámbito de ocio y tiempo libre**→Intervenciones dirigidas a: la educación no formal, locales de ocio nocturno y programación cultural de ocio juvenil.
- **Ámbito laboral**→Intervenciones dirigidas a: empresas y centros de formación ocupacional.
- **Ámbito comunitario**→Intervenciones dirigidas a: entidades deportivas, entidades culturales, comisiones de fiestas y asociaciones de vecinos y vecinas.
- **Ámbito de salud**→Intervenciones dirigidas a: farmacias, centros de atención primaria, centros de atención a las drogodependencias, centros de salud mental infantil y juvenil y centros de salud mental de adultos.
- **Ámbito de los medios de comunicación**→Intervenciones dirigidas a: radio, televisión, prensa local y comarcal y medios de comunicación digitales.
- **Ámbito de intervención en colectivos en situación de riesgo.**

Los niveles en prevención (Gordon, 1987, s.r.f. Gutiérrez, 2007), son los siguientes:

- Universal. Dirigida a la población adolescente, en general.
- Selectiva. Dirigida a grupos de más riesgo que la media de la población.
- Indicada. Dirigida a grupos de consumidores o de comportamiento desviado o de ambas características.

Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían en estos programas la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y

clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996, s.r.f. Becoña, 2002). Para diferenciar un tipo y otro de prevención, en la tabla 2 se indican las características de una y otra.

Tabla 2: Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias.

Conceptualización	Tipos de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej. chicos de 12 a 14 años de edad).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Fuente: Elaboración propia extraída de Becoña 2002.

2.2.3. Factores de riesgo y factores protectores

Conocer los factores de riesgo y de protección ante el consumo de drogas es uno de los aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta a la hora de planificar un programa de prevención. Por ello, este aspecto se tratará a continuación de forma más detallada.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2003) se entiende por factor de riesgo “un atributo o característica individual, situación o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas”. Por factor de protección entendemos “un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas” (Plan Nacional sobre Drogas, 2003, p.13).

Los factores de riesgo son cualquier influencia que aumenta la probabilidad de desarrollar una condición problemática, empeorarla o mantenerla (Kirby y Fraser, 1997, s.r.f. Blasco, 2012). El riesgo no describe el resultado en sí, sino una probabilidad o un potencial de que un resultado no deseado se produzca. Los riesgos se definen como hechos o elementos del individuo o el entorno que, si están presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos, y comprometer la salud, el bienestar o la actuación social (Jessor, Van de Bos, Coasta y Turbin, 1995, s.r.f. Blasco, 2012). Esta probabilidad viene dada por la presencia de diversos factores referidos tanto a los rasgos individuales como también a las características sociales y a factores derivados de la interacción constante entre persona y entorno. El factor de riesgo a desarrollar una conducta antisocial, a cometer hechos delictivos o a ser reincidente en la conducta delictiva, será así una variable referida a los individuos, al contexto familiar, social y educativo que formará parte del conjunto de factores que se asocian a la conducta conflictiva en cuestión.

Según Serrano (1995) y Rutter (1992), citados por Blasco (2012), hablamos de factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan conseguir la salud integral del adolescente y el desarrollo de este como individuo y como grupo. Son definidos por Rutter (1979) como aquellos rasgos de las personas, entornos, situaciones y/o acontecimientos que parecen moderar las predicciones de psicopatología basadas en niveles de riesgo individual. Los factores de protección, si están presentes, favorecen la resistencia ante el riesgo y fomentan resultados

caracterizados por patrones de adaptación y competencia. Sin embargo, la ausencia de estos factores, como por ejemplo el compromiso de la familia, la escuela, la religiosidad, el deporte, el trabajo, la falta de valores morales y éticos, de capacidad de resolución de problemas, o de gestionar adecuadamente las emociones, así como la falta de autoestima, son precursores de la delincuencia y de conductas antisociales (Palermo, 2009, s.r.f. Blasco, 2012).

La etiología del uso y abuso de drogas comprende una compleja trama de interacciones entre factores biológicos, genéticos y psicosociales que tienen un diferente grado de importancia a lo largo del desarrollo evolutivo de las personas. Los factores de riesgo para el consumo de drogas generalmente proceden de tres campos: el individuo, la familia y el ambiente social más o menos cercano. Dentro de este último campo se incluyen el grupo de amigos y compañeros, la escuela, el vecindario y la cultura en sentido amplio (Martínez, 2001, s.r.f. Martínez, Pérez y de las Heras, 2004).

Para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2004), los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los/as niños/as durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los/as niños/as desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los/as niños/as para el abuso de drogas en el futuro.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un/a niño/a, mayor es la probabilidad de que el/la niño/a abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los/as compañeros/as durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres/madres e hijos/hijas, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004).

Becoña (2002) indica que, por lo general, se han estudiado menos los factores de protección que los de riesgo, existiendo por ello una menor variedad; por el contrario, desde nuestra perspectiva, es necesario dar a conocer los factores que ayudan a reducir la vulnerabilidad, en la medida en que, dentro del modelo de competencias, la actitud a mantener está más cerca de la construcción de elementos saludables que de la evitación de los que no lo son.

Desde esta perspectiva, minimizar los factores de riesgo y sobre todo fortalecer o potenciar lo más posible los factores de protección, resulta un objetivo fundamental para cualquier tipo de intervención con los y las menores. Debemos considerar (Gid, 1995, s.r.f. Becoña, 2002):

- Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Debe existir un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no el consumo abusivo de drogas.
- La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo, pueden articularse diversos factores que ponen en peligro el desarrollo personal, posibilitando unas condiciones favorables a consumos problemáticos de drogas.
- Estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que sean el origen del consumo de drogas, son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y por consiguiente, tenemos que hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.
- A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una combinación original de factores, en un momento determinado, que explica la evolución particular de cada consumidor.

2.3. EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

El Sistema de Servicios Sociales tiene como finalidad atender las necesidades sociales básicas, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, el desarrollo pleno de los grupos, individuos y comunidades, desarrollar el bienestar de los ciudadanos, hacer frente a los problemas sociales y eliminar la marginación (López-Cabanas y Chacón, 1997, s.r.f. González, Fernández y Secades, 2004).

El Sistema Público de Servicios Sociales está basado en los principios de globalidad, responsabilidad pública, universalidad, descentralización, participación, integración, solidaridad, igualdad, normalización y planificación y coordinación; es la configuración de un conjunto de prestaciones y servicios dirigidos a toda la población, con independencia de sus características sociales y, en su caso, a determinados grupos de población que presentan necesidades específicas (Castillo, 2006).

Según Alemán y Fernández (2008), con la aprobación de las Leyes de Servicios Sociales por las Comunidades Autónomas, se establece un régimen público de Servicios Sociales que garantizan la coordinación de los recursos e iniciativas, de carácter público o procedente de la iniciativa social, el ámbito de la aplicación es el territorio de cada Comunidad Autónoma.

Para Alemán y Fernández (2008), los niveles de atención se organizan de manera integrada y complementaria, y su clasificación no hace referencia ni a las áreas, ni a los sectores, ni a los métodos de intervención:

1. Primer nivel de atención: se realiza desde los Servicios Sociales Generales, Comunitarios o de Atención Primaria.

Dentro del primer nivel, las prestaciones básicas del sistema se concretan en: información, valoración y orientación; programa de familia y convivencia; programa de prevención e inserción social y programa de cooperación social.

2. Segundo nivel de atención: se llevan a cabo desde los Servicios Sociales Especializados.

Ofrecen respuesta a situaciones de especial complejidad por lo que las prestaciones que ofrecen exigen una mayor concentración y cualificación de recursos humanos y materiales y sus intervenciones son derivadas desde el primer nivel.

Las áreas preferentes de actuación recogidas en las Leyes de Servicios Sociales, hacen referencia a sectores de población, que han venido siendo usuarios tradicionales de estos servicios: infancia, juventud, tercera edad, discapacitados, toxicómanos, ex reclusos, mujer, minorías étnicas, refugiados y asilados y otros colectivos.

Las estructuras y programas de acción de las distintas administraciones públicas han venido adaptándose a esta realidad cambiante coincidiendo en tres líneas fundamentales de actuación: la prevención, el control de la oferta, y la atención a las personas afectadas por drogodependencias (Alemán y García, 2009).

2.3.1. Los Servicios Sociales Municipales

“Los diferentes planes sobre drogas coinciden en otorgar a los Servicios Sociales Generales un papel relevante en el tratamiento de las drogodependencias, circunstancias que se concretan en que numerosas redes asistenciales incorporen a estos, al menos con carácter funcional, como un elemento o recursos de las mismas” (Carrón y Sánchez, 1995, p. 76).

Según Soriano (2001) los Servicios Sociales Generales suelen ser receptores de demandas de tratamiento por parte de personas afectadas o familiares, aunque también pueden detectar casos de pacientes que han generado una dependencia. Normalmente la problemática de las adicciones se deriva a los servicios sociales especializados, existiendo una coordinación entre ambos.

Para Cano y Mayor (1998, s.r.f. Soriano, 2001, p. 116) el rol de los Servicios Sociales Generales en relación a la problemática de las drogodependencias son:

- “Detectar las necesidades del consumidor que convive en el hábitat comunitario y de su familia.
- Intervenir en todos los niveles, informando, asesorando y orientando al paciente.

- Derivar a un recurso especializado, garantizando una canalización adecuada de la situación.
- Mantener los cauces de colaboración con los Servicios Sociales Especializados después de realizar la derivación.
- Realizar todo tipo de funciones que sean necesarias para la resolución de la situación y colaborar con el equipo especializado.
- Promover conductas de cambio en los consumidores de drogas y en sus familias para mejorar la calidad de vida en la comunidad”.

Para Fernández y Alemán (2003) el trabajador social en los Servicios Sociales Municipales o básicos desarrolla un proceso de intervención que corresponde con el denominado “método básico”. Su composición varía en función de la comunidad, dotación y tipo de administración en los que se ubica. El profesional es el responsable de recibir las demandas expresadas por la persona o de capturar aquellas que puedan ser latentes. Posteriormente, llevará a cabo el estudio en profundidad de la situación, lo que permitirá establecer en el diagnóstico las necesidades existentes y planificar la intervención. Las principales actividades que realizan los/as trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales son:

- Recepción de las demandas.
- Estudio completo de la situación individual/familiar.
- Valoración de las necesidades sociales existentes y establecimiento del diagnóstico social.
- Prescripción de la intervención que se va a realizar y de los recursos necesarios para ello.
- Derivación a los servicios o programas pertinentes.
- Seguimiento de la intervención y del proceso en los programas o servicios que la estén llevando a cabo y coordinación con estos.

2.3.2. Los Servicios Sociales Especializados

Para Fernández y Alemán (2003) los Servicios Sociales Especializados dan respuesta a situaciones y necesidades que requieren tecnologías o recursos muy específicos. Estos

servicios se prestan en equipamientos específicos y se orientan a dar respuesta a situaciones y necesidades sociales que requieren una especialización técnica. Los Servicios Sociales Especializados pueden ser de titularidad pública o prestada por entidades diversas (tanto de iniciativa social como mercantil) que intervienen en este sector.

Según González, Fernández y Secades (2004), los Servicios Sociales Especializados están destinados a grupos que comparten necesidades muy específicas y que requieren prestaciones y recursos ajustados a esas particularidades. Se trata de algunos servicios para personas mayores (residencias), personas con discapacidad (centros ocupacionales), menores de edad en desprotección (acogimiento en residencias o en familias), mujer, juventud, etc., que requieren habitualmente importantes infraestructuras o procesos de prestación o intervención de competencia autonómica. Normalmente estos servicios son gestionados desde la comunidad autónoma, aunque es evidente que requieren una estrecha conexión con los servicios comunitarios.

Según Castanyer (1998), la coordinación entre los Servicios Sociales Generales y los Especializados no siempre es fácil y esta dificultad se incrementa cuando se trata de problemas derivados del consumo abusivo de drogas. En la mayoría de los casos, la relación entre los dos niveles suele ser de colaboración puntual en ciertas áreas o momentos, pero es infrecuente plantearse objetivos comunes, una relación continua y una distribución de funciones.

La forma básica de conseguir una metodología de trabajo entre los dos niveles pasa por una información y sensibilización de los y las profesionales.

2.4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Las drogodependencias son consideradas como objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, ya que la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia en el cambio social.

En base al Código Deontológico del Consejo General de Trabajo Social (2012), según aparece en su preámbulo, respecto al papel del trabajador/a social hemos de tener en

cuenta sus funciones. Se ocupa de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúa con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones que se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice. De ello se desprende:

- Información, investigación, atención directa, mediación, gerencia y dirección, supervisión, coordinación, prevención, asistencia, promoción e inserción social, planificación, evaluación y docencia.

Según Viscarret (2007), el ámbito de trabajo de los trabajadores sociales viene definido principalmente por el contacto y por la interacción con los problemas sociales. Los problemas sociales son aquellos campos o áreas comúnmente identificadas como problemáticas para los individuos o para la sociedad, como por ejemplo el alcoholismo, el racismo, la violencia doméstica, las enfermedades mentales o muchas otras.

Para Gutiérrez (2007) en el ámbito de las drogodependencias los/as profesionales del Trabajo Social junto a otros/as profesionales constituyen el conjunto “mediadores sociales” como núcleo básico capaz de desarrollar una estrategia preventiva en el ámbito comunitario. Se trata, en definitiva, de que los/as profesionales del Trabajo Social conozcan primero los problemas de las drogas y después, superando los estereotipos, diseñen desde el ámbito comunitario estrategias conjuntas capaces de informar, prevenir y actuar coordinadamente junto a otros profesionales y sectores.

El conjunto de actuaciones pretende: mantener un nivel informativo básico sobre las drogas más utilizadas, sensibilizar a la población para que adopte las medidas oportunas ante la aparición de nuevas patologías o nuevas formas de consumo, ofrecer la posibilidad de que cualquier persona contacte con un profesional, y concienciar a la población de que el fenómeno de las drogas afecta a todo el mundo, directa o indirectamente, indicando que es imprescindible su participación (Ramón, 2001, s.r.f. Gutiérrez, 2007).

“La drogodependencia es una problemática multicausal, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares, que algunos autores lo describen como una enfermedad bio-psicosocial. Cada drogodependiente es un sujeto único con una historia y sus particularidades” (Roldán, 2008, p. 303). Es por los diferentes aspectos que entran en juego por lo que en la intervención con personas con esta problemática participan profesionales de distintas disciplinas, mientras que durante los años sesenta y setenta esta labor la realizaban profesionales de la salud mental (Roca et al, 1989).

Según Roca et al (1989), el propósito del abordaje de la situación de drogodependencia consistirá en la puesta en marcha de dispositivos y de actuaciones con el objetivo de que la persona tenga la capacidad de romper su dependencia física y psicosocial con las drogas. Y para conseguirlo, Roldán (2008) defiende que entre el profesional y el usuario se debe establecer, desde el principio de la intervención, una relación basada en el respeto, donde las decisiones sean tomadas libremente por ambas partes y en la que cada paso de la intervención sea consensuada con el usuario.

Por lo tanto, el/la trabajador/a social en el ámbito de las drogodependencias puede desarrollar funciones de prevención. En referencia a ello, Gutiérrez (2007, p. 192) establece como funciones/competencias del trabajador/a social desde el ámbito de la prevención las siguientes funciones: recogida y análisis de datos sobre la problemática de consumo y cuáles son las variables socioeconómicas y culturales en la etiología de la drogodependencia. Por otro lado, deben de elaborar materiales preventivos mediante planes, programas y proyectos, así como informar sobre medidas relacionadas con la imitación y la oferta de drogas, sensibilizando y contribuyendo a la modificación del discurso social y la imagen de las drogas y de los usuarios de las mismas. Además, deben de poner en marcha acciones para en defensa de los usuarios de drogas y de acciones preventivas con grupos de población concretos (mujeres, reclusos, inmigrantes, etc.).

Es en el ámbito de la prevención en donde el Trabajo Social puede adoptar una metodología y unos conocimientos capaces de elaborar las estrategias más adecuadas ante los retos que exige el hecho social de las drogodependencias.

3. OBJETIVOS

General

- Conocer el estado de la prevención de las drogodependencias en los Servicios Sociales Municipales de Tenerife.

Específicos

- Conocer la opinión de los y las profesionales del Trabajo Social sobre el funcionamiento de la prevención en drogodependencias.
- Saber qué tipo de actividades se llevan a cabo desde los servicios sociales municipales para la prevención de las drogodependencias.
- Entender cuál o cuáles son los métodos de intervención que llevan a cabo los servicios sociales municipales en materia de drogodependencias.
- Conocer la opinión de los y las trabajadores sociales sobre la eficacia de la prevención.

4. MÉTODO

El método de estudio en una investigación social es uno de los pasos fundamentales para poder llevarla a cabo satisfactoriamente.

En el siguiente apartado se detalla el método llevado a cabo para la realización del estudio mencionado, éste incluye el tipo de investigación, las técnicas utilizadas, la población objeto de estudio y el instrumento para la recogida de datos.

4.1. Características generales

Para ajustar el diseño del estudio a la realidad con la que se trabaja se habla de un tipo de metodología cuantitativa, “la investigación cuantitativa requiere métodos relacionados con estadísticas y datos cuantitativos” (Cisneros, 2012, p.7).

El instrumento para la recogida de datos ha sido el cuestionario (Ver ANEXO I), elaborado por la propia alumna y el cual consta de 20 ítems relacionados con los objetivos del estudio. Los cuestionarios han sido contestados por los/as trabajadores sociales de los diferentes ayuntamientos de la isla de Tenerife.

Después de contactar telefónicamente con cada uno de los ayuntamientos y explicarles en qué consistía la investigación, se les visitó para realizar una entrevista para cumplimentar el cuestionario.

El cuestionario se realizó de manera rápida y sencilla, donde los/as profesionales tenían total libertad para explicarse y dar más información para ser estudiada, llegando incluso a poner ejemplos de algunos casos.

4.2. Población, período temporal y ámbito geográfico

Para la realización de este trabajo de investigación se tomó como población a los/as trabajadores sociales de los Ayuntamientos de la isla de Tenerife, ya que el objeto de estudio pretende descubrir en qué estado se encuentra la prevención de las drogodependencias en los Servicios Sociales Municipales.

La isla de Tenerife cuenta con un total de 31 Ayuntamientos, de los cuales colaboraron con la investigación 26. El cuestionario lo realizó la alumna directamente, para resolver las posibles dudas que pudieran surgir.

El estudio se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2015 y marzo de 2016.

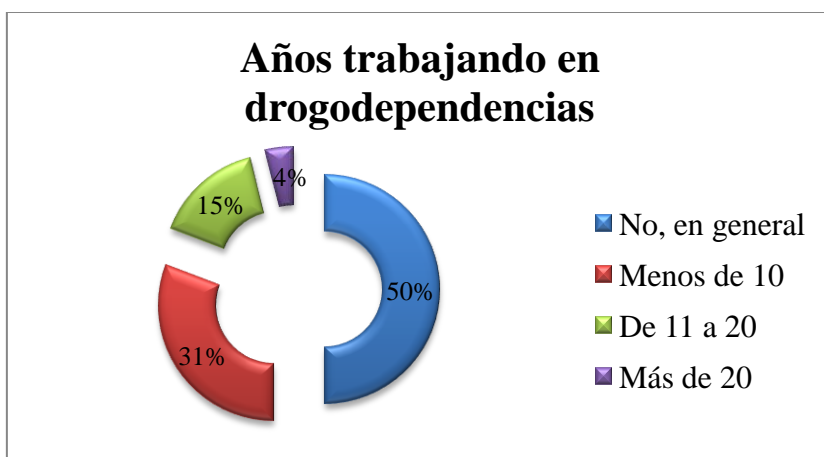
Perfil de los y las trabajadores y trabajadoras sociales que participan en la investigación.

Gráfica 1: Profesionales del Trabajo Social, según cuenten con formación universitaria en drogodependencias.



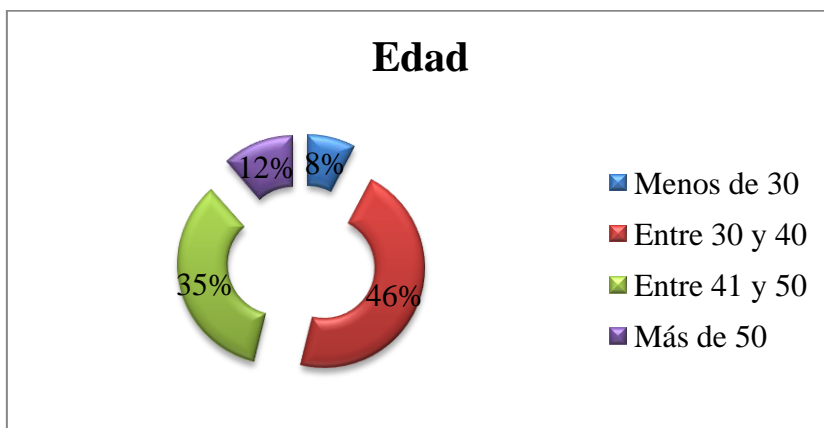
Del total de profesionales que colaboraron en la investigación, solamente 4 personas tenía formación universitaria en drogodependencias, es decir, habían realizado el Máster en Drogodependencias, el resto de profesionales sólo había cursado la optativa de Trabajo Social y Drogodependencias o había realizado algún curso de drogodependencias.

Gráfica 2: Profesionales del Trabajo Social, según los años que lleva trabajando en drogodependencias.



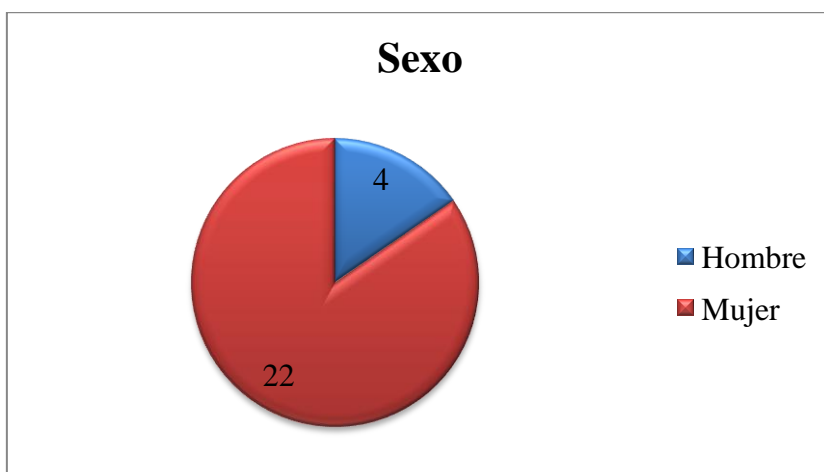
Como podemos observar, un 50% de las personas entrevistadas no ha trabajado ningún año concretamente en drogodependencias. El 31% lleva menos de 10 años, el 15% entre 11 y 20 años y un 4% más de 20 años.

Gráfica 3: Profesionales del Trabajo Social, según la edad.



En la gráfica anterior, observamos que la edad de los y las profesionales se concentra en el intervalo entre 30 y 40 con un 46%, seguido de aquellas personas que tienen entre 41 y 50 años de edad (35%) y por último con un 12% las personas mayores de 50 años. Cabe destacar, que las personas menores de 30 años se encuentran en último lugar (8%).

Gráfica 4: Profesionales del Trabajo Social, según el sexo.



Tal y como se aprecia, de las 26 personas que realizaron el cuestionario, 4 eran hombres y 22 mujeres.

4.3. Técnicas de recogida de datos

La técnica de recogida de datos utilizada es el cuestionario. Según García (2003), el cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, preparado sistemática y

cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas. La finalidad del cuestionario es obtener, de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población con la que se trabaja.

Este instrumento consta de dos bloques: los datos sociodemográficos de las personas que responden el cuestionario, y el punto de vista de los profesionales y la información procedente de los Servicios Sociales Municipales.

En el primer bloque se recoge: el sexo y la edad de los/as profesionales, sus estudios y su situación laboral.

En el segundo bloque, datos pertenecientes al estado de la prevención desde los Servicios Sociales Municipales, aspectos como: la importancia del fenómeno de las drogas, la eficacia de los programas de prevención familiar, las estrategias de actuación para abordar el problema de las drogodependencias, la existencia de planes, programas o proyectos, los programas que se implican en los programas de prevención y las actitudes, habilidades o patrones de comportamiento que son importantes para trabajar en prevención.

En la investigación se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas, a fin de evaluar todas las alternativas que deseamos conocer, además, se incluyó una última pregunta abierta donde cada profesional pudo aportar lo que considero necesario a la hora de trabajar en materia de prevención.

4.4. Técnicas de análisis de datos

Para este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, que pretende “descubrir las características de un conjunto de observaciones” (Blanco y Rodríguez, 2007 s.r.f. Herrera, 2008, p. 18). Para ello, se han utilizado técnicas descriptivas como cuadros y representaciones gráficas que pretenden proporcionar de forma clara y entendible los resultados obtenidos en el estudio, para su posterior análisis y discusión. En lo que se refiere al análisis estadístico de los datos, una vez recopilados, se ha realizado el vaciado de los mismos, para el que se ha utilizado el programa informático Microsoft Office Excel 2007, que permite calcular porcentajes y representar gráficas de forma sencilla.

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación, se muestran en forma de tablas y en algunos casos con gráficas. Asimismo, los resultados se encuentran fragmentados en dos bloques, siguiendo el mismo orden que el cuestionario, por un lado los datos sociodemográficos que están expuestos en el método y por otro, los datos pertenecientes a la recogida de información de los diferentes Ayuntamientos que se exponen a continuación.

Tabla 3: Funcionamiento de las acciones preventivas en materia de drogodependencia.

Acciones Preventivas		Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.	Actualmente el fenómeno de las drogas en la sociedad española es de gran importancia.	-	-	-	-	-	-	10	38	16	62
2.	La colaboración del Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias es suficiente.	3	12	7	27	6	23	9	35	1	4
3.	Los profesionales requieren formación especializada en materia de drogodependencia para poder orientar e informar mejor a la población.	1	4	-	-	-	-	7	27	18	69
4.	Actualmente en el municipio en el que trabaja se están desarrollando suficientes acciones preventivas en materia de drogodependencia.	2	8	8	31	3	12	12	46	1	4
5.	Los contenidos que se trabajan en su municipio en los programas de prevención de drogodependencia son suficientes.	1	4	8	31	5	19	10	38	2	8

En cuanto a si el fenómeno de las drogas es de gran importancia, del total de los profesionales entrevistados, un 62% está totalmente de acuerdo y un 38% que está de acuerdo. El resto de opciones no fueron elegidas.

Tal y como se aprecia en la tabla, la colaboración existente entre el área de Servicios Sociales y los Servicios Sociales Especializados, observamos que un 35% está de acuerdo en que sí existe colaboración, seguido de un 27% que está en desacuerdo y un 23% que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Como podemos observar, el 69% de los y las profesionales están totalmente de acuerdo en que es necesaria la formación en drogodependencias, seguido con un 27% que está de acuerdo y un 4% totalmente en desacuerdo.

En relación a si se están desarrollando suficientes acciones preventivas en materia de drogodependencias, podemos decir que los porcentajes en desacuerdo suponen (31%) y de acuerdo (46%). El resto son prácticamente idénticos, ya que se observa que un 8% está totalmente en desacuerdo, un 12% que ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 4% que está totalmente de acuerdo.

En lo que se refiere a si son suficientes los contenidos que se trabajan en los programas de prevención de drogodependencias, destaca que un 38% está de acuerdo, seguido de un 31% en desacuerdo y por último un 19% que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo. El 12% restante se encuentra en los valores extremos de la gráfica.

Tabla 4: Recursos con los que cuenta el ayuntamiento en materia de drogodependencia.

Recursos		Si		No		No sabe / no contesta	
		F	%	F	%	F	%
6.	¿Hay información (como folletos, carteles, guías,...) en el Ayuntamiento sobre las UAD?	11	42	12	46	3	12
7.	¿Cree usted que los Programas de Prevención Familiar son eficaces?	19	73	1	4	6	23
8.	¿Cree usted que los Programas de Prevención Familiar mejoran la calidad de vida relacionada con las diferentes áreas de su vida (como familia, trabajo, relaciones sociales,...)?	25	96	-	-	1	4

Como podemos observar, en cuanto a la información que ofrecen los ayuntamientos a la ciudadanía, los datos están muy igualados tanto en la respuesta positiva (11) como en la respuesta negativa (12). Y 3 personas que no saben si en su ayuntamiento se exponen carteles o folletos sobre las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

Respecto a la eficacia de los programas de prevención familiar, podemos observar que 73% de los/as profesionales ha contestado que sí, un 4% de los/as profesionales ha dicho que no y un 23% no sabían.

En esta tabla, observamos que el 96% de los profesionales dice que los programas de prevención familiar sí mejoran la calidad de vida, frente a un 4% que no lo sabe.

En relación a las preguntas nueve, diez y once, se trata de un formato de opción múltiple, con cinco respuestas posibles en la que cada profesional ordena de mayor a menor prioridad desde su punto de vista lo que crea más adecuado (siendo 1 mayor prioridad; 5 menor prioridad).

Tabla 5: Principales estrategias de actuación para hacer frente al problema de las drogas.

9. Principales estrategias de actuación	Frecuencia	%
Campañas de sensibilización	2	8
Programas de prevención en los ámbitos escolar, familiar y comunitario	21	80
Programas de asistencia a drogodependientes	0	0
Programas de reducción de daños	0	0
Programas de ocio alternativo	3	12
Otros (especificar):	0	0
TOTAL	26	100

Como podemos observar, en cuanto a las principales estrategias de actuación que habría que desarrollar desde los municipios para hacer frente al problema de las drogas, un 80% cree que en primer lugar serían los programas de prevención en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, un 12% cree que deberían ser los programas de ocio alternativo y un 8% opina que son las campañas de sensibilización. El resto de opciones no fueron elegidas como principal estrategia de actuación.

Tabla 6: Área de intervención más relevante para abordar el problema de las drogodependencias.

10. Área de intervención más relevante	Frecuencia	%
Prevención del consumo	23	88
Reducción de riesgos asociados al consumo	1	4
Asistencia a personas drogodependientes	1	4
Reducción de daños asociados al consumo	0	0
Inserción social de personas drogodependientes	1	4
Otros (especificar):	0	0
TOTAL	26	100

En esta tabla, observamos que el área de intervención que se considera más relevante para abordar el problema de las drogodependencias es la prevención del consumo con un 88%. También fueron votadas con un 4% cada una de ellas, la reducción de riesgos asociados al consumo, la asistencia a personas drogodependientes y la inserción social de personas drogodependientes. El resto de opciones no fueron elegidas como área de intervención más relevante.

Tabla 7: Estrategias prioritarias que habría que potenciar para abordar los problemas de las drogodependencias.

11. Estrategias prioritarias	Frecuencia	%
Programas de prevención	24	92
Programas de tratamiento de la drogodependencia	0	0
Programa de reducción de daños	0	0
Comunidades terapéuticas	1	4
Programas de inserción social para drogodependientes	1	4
Otros (especificar):	0	0
TOTAL	26	100

En relación a las estrategias prioritarias que habría que potenciar en los próximos años para abordar el problema de las drogodependencias, observamos que un 92% cree que deberían ser los programas de prevención. También fueron votadas con un 4% cada una de ellas, las comunidades terapéuticas y los programas de inserción social para drogodependientes. El resto de opciones no fueron elegidas como estrategia prioritaria.

Tabla 8: Existe en el Ayuntamiento un protocolo de asistencia en el proceso de intervención.

12. Protocolo de asistencia	Frecuencia	%
Sí	10	38
No	14	54
No sabe/no contesta	2	8
TOTAL	26	100

Del total de ayuntamientos que participan en la investigación, un 38% tiene protocolo de asistencia, el cual consiste en una atención individualizada, dependiendo del consumo y de las necesidades de la persona y en colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Le sigue un 54% que no tiene y un 8% que no lo sabe.

Tabla 9: Existe en el Ayuntamiento un Plan, Programa o Proyecto específico de drogodependencias.

13. Plan, programa o proyecto	Frecuencia	%
Sí	23	88
No	2	8
No sabe/no contesta	1	4
TOTAL	26	100

La mayoría de los ayuntamientos cuenta con un Plan, Programa o Proyecto específico de drogodependencias, exactamente un 88%, seguido de un 8% que no y un 4% que no sabe. Todos están basados en el III Plan Municipal de Drogodependencia y después de ahí se desprenden proyectos o programas como Proyecto comunitario de prevención de la drogodependencia, Programa de prevención con las familias, Programa de ocio y tiempo libre, Programa Senda, etc.

Tabla 10: A través del Ayuntamiento se realizan actividades de prevención en materia de drogodependencias.

14. Actividades de prevención	Frecuencia	%
Sí	25	96
No	0	0
No sabe/no contesta	1	4
TOTAL	26	100

Del total de los ayuntamientos participantes, un 96% realiza actividades de prevención, seguido de un 4% que no sabe. Cabe destacar que la mayoría de actividades son continuadas en el tiempo, muchas de ellas se realizan en colegios e institutos, algunas como “Prevenir en Red”, “Alternativa 1, 2 y 3”, “Educación para la Salud” y “Niñolandia”. Otras actividades son puntuales como las de ocio saludable (senderismo, carreras, excursiones, actividades deportivas).

Tabla 11: Actividad o programa que ya no se esté llevando a cabo.

15. Actividad o programa parado	Frecuencia	%
Sí	14	54
No	9	35
No sabe/no contesta	3	11
TOTAL	26	100

Del total de profesionales, un 54% ha dicho que si, un 35% que no y un 11% que no saben. Coinciden en que las actividades que se han dejado de realizar han sido por la escasez de recursos o en algunos talleres orientados a la familia por falta de participación ciudadana, ya que acuden a las primeras sesiones y a las siguientes no acuden.

Tabla 12: Profesionales que se implican en los programas de prevención.

16. Profesionales implicados	Frecuencia	%
Trabajador/a Social	13	50
Psicólogo/a	7	27
Médico/a	0	0
Otros	6	23
No sabe/no contesta	0	0
TOTAL	26	100

En esta tabla, podemos observar que 50% de los/as profesionales implicados en los programas de prevención son los y las trabajadores/as sociales, seguidos por los/as psicólogos/as que son 27% los que se implican y el otro 23% que se ocupan otros profesionales como educadores/as sociales o pedagogos/as.

Tabla 13: Opinión de los/as profesionales para una mayor efectividad sobre los programas de prevención, se deberían investigar nuevas variables o aspectos.

17. Mayor efectividad en programas	Frecuencia	%
Sí	21	81
No	1	4
No sabe/no contesta	4	15
TOTAL	26	100

Como podemos observar, el 81% de los y las profesionales consideran que se deberían investigar nuevas variables como la implicación de la familia, los hábitos saludables de la juventud, la frustración y resiliencia, la gestión del estrés...

Tabla 14: Se podrían mejorar las acciones preventivas en los ámbitos escolar, familiar y comunitario.

18. Ámbitos escolar, familiar y comunitario	Frecuencia	%
Sí	25	96
No	1	4
No sabe/no contesta	0	0
TOTAL	26	100

Tal y como se aprecia en la gráfica, el 96% de los/as profesionales cree que se pueden mejorar las acciones preventivas en el ámbito escolar, familiar y comunitario y lo harían con más sinergia, mayor coordinación entre ambas, llegando a toda la población (implicándose con ellos y haciendo las visitas y salidas necesarias), con más recursos y formación por parte de los profesionales, etc.

Tabla 15: La familia es un agente preventivo primordial en el consumo de las drogodependencias.

19. Agente preventivo primordial	Frecuencia	%
Sí	26	100
No	0	0
No sabe/no contesta	0	0
TOTAL	26	100

Como podemos observar, todos los profesionales (100%) consideran a la familia como un agente preventivo primordial. Están de acuerdo en que la familia es el único sistema que permanece al lado de una persona a lo largo de la vida, el apoyo de ésta es principal para la prevención.

Por último, en la pregunta abierta ¿qué actitudes, habilidades o patrones de comportamiento son importantes en el trabajador/a social para trabajar en prevención? Cabe destacar, que la mayoría de los profesionales del Trabajo Social coincide en tener formación especializada, ser empáticos con la ciudadanía y creer en el cambio. Las respuestas literales a esta pregunta se encuentran en el ANEXO II de este documento.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez expuestos los resultados, se analizan los datos obtenidos con la finalidad de profundizar más en ellos.

Tal y como reflejan los datos expuestos en el apartado anterior, podemos afirmar que para el 100% de los/as profesionales que participaron en la investigación, el fenómeno de las drogas es de gran importancia, ya que es un aspecto que está en nuestro día a día y con el que hemos tenido que aprender a vivir y a sobrellevar de manera natural. Según el Servicio Canario de Salud (2015), el consumo de drogas es uno de los principales obstáculos para el desarrollo integral de la persona. Se convierte en un sustituto fácil de actividades de crecimiento personal, como pueden ser el deporte u otras actividades de ocio y tiempo libre.

En cuanto a las acciones preventivas llevadas a cabo por los diferentes ayuntamientos, un 96% de los/as profesionales indican que se realizan actividades de prevención, algunas continuadas en el tiempo y otras ocasionales. A pesar del alto porcentaje de ayuntamientos que las realizan, un 50% de los/as profesionales dice que son suficientes, mientras que el otro 50% cree que no son bastantes, además de que no se desarrollan de manera adecuada o continuadas en el tiempo para que tengan una mayor efectividad.

Como ya se ha señalado, el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y los adolescentes es motivo de preocupación tanto para la sociedad en general como para las instituciones en particular (OEDT, 2006). Con finalidad preventiva, desde las administraciones se destinan esfuerzos y recursos a planificar acciones para intentar que la edad de inicio del contacto con las drogas se retrase lo máximo posible y para conseguir la reducción o el abandono del consumo de los que ya las consumen.

Un 88% de los ayuntamientos colaboradores con la investigación cuenta con un plan, programa o proyecto específico en drogodependencias, a pesar de ello, siguen siendo pocos los recursos destinados en materia de prevención.

En relación a los profesionales que se implican en la investigación cabe destacar que un 50% está constituido por los/as trabajadores/as sociales. El resto lo llevan a cabo otros equipos, donde se encuentran profesionales como psicólogos/as, pedagogos/as, educadores/as...

En relación a los programas de prevención familiar, se ha observado que un 73% de los/as profesionales ha corroborado que si funcionan y mejoran la calidad de vida de las personas. Concretamente, la familia tiene un peso importante en la prevención de las drogodependencias, ya que es en ésta en la que la persona se socializa, aprende y adquiere las creencias, actitudes, normas, valores y conductas. Además, la familia ejerce una función preventiva que en relación a las drogas, debe realizarse desde que el/la niño/a nace, ya que la educación y la prevención de la drogadicción son dos conceptos que han de estar estrechamente unidos. “Prevenir carece de sentido sin la participación de la familia” (García-Rodríguez, 2000, s.r.f. García, y Segura, 2005, p.36).

Podemos afirmar que la prevención en drogodependencias es efectiva (Botvin, 1999, s.r.f. Becoña, 2002), aunque ello no obsta para también afirmar que se necesita hacer más investigación sobre muchas cuestiones que no conocemos completamente o que solo conocemos en parte (Salvador, 2000, s.r.f. Becoña, 2002). La prevención se lleva a cabo en distintos ámbitos, como son principalmente el escolar, el familiar y el comunitario. Cualquier otro ámbito de la vida humana es un medio en el que se puede hacer prevención. Sin embargo, la prevención en drogodependencias puede utilizarse de modo relevante en la etapa adolescente, que es cuando comienza el consumo de drogas y es cuando de no darse, se retrasa la edad de inicio o puede conseguirse que la persona no llegue nunca a consumir ciertas drogas.

La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales, junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc., junto a su accesibilidad y disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas a resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para que consuman. Muchos de estos primeros consumos comienzan en la familia, pueden observarse en sus miembros, o algún miembro de la familia puede incitar directamente al joven para su consumo. Luego en sus amigos y compañeros. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema. Pero, dado que es un elemento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, cuando no tiene habilidades adecuadas de afrontamiento, o están presentes en esas personas importantes variables de vulnerabilidad para el consumo de esa sustancia o sustancias, aumenta el riesgo de consumo. En este caso los programas preventivos son una buena alternativa para que estas personas vulnerables no consuman o retrasen lo máximo posible su comienzo en el

consumo de distintas sustancias psicoactivas (Dembo et al., 1999; Gual, Rodríguez-Martos y Calafat, 2000, s.r.f. Becoña, 2002).

En cuanto al apartado que relaciona a la familia como un agente preventivo primordial, cabe destacar que todos los profesionales (100%) consideran que es el primer agente de socialización y la base de una buena educación en valores positivos. Todos están de acuerdo en que se deberían realizar actividades de prevención de drogodependencias dirigidas a la familia. El papel de la familia en la educación y en la transmisión de valores a los/as hijos/as es determinante en el desarrollo y crecimiento de éstos como seres autónomos y responsables. La prevención en el ámbito familiar, está encaminada precisamente a dotarlas de recursos que les permitan afrontar con éxito determinados conflictos que se les plantearán a lo largo de su desarrollo, entre los que se encontrarán sin duda los relacionados con el consumo de drogas (Gobierno de Canarias, 2015).

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Este último apartado recoge una serie de conclusiones a las que se ha ido llegando en el transcurso de la investigación.

Se puede decir que los resultados analizados permiten que se cumpla el objetivo general de la investigación: *“Conocer el estado de la prevención de las drogodependencias en los Servicios Sociales Municipales de Tenerife”*.

La conclusión principal, es que desde los Servicios Sociales Municipales el trabajo en materia de prevención de las drogodependencias, no está siendo todo lo efectivo que sería deseable. Siendo conscientes de la repercusión que tienen los mismos para el desarrollo personal de la sociedad, se deberían replantear vías de actuación futura de cara a lograr una mayor eficacia.

Otra de las cosas que se han concluido de este estudio, es la falta de formación específica de los/as profesionales, solamente 4 personas tenía formación universitaria en drogodependencias, es decir, habían realizado el Máster en Drogodependencias. Sin duda, es necesario que los/as profesionales requieran formación especializada en materia de drogodependencias para poder orientar e informar mejor a la población. Como mejora se debería proporcionar información de manera continuada y actualizada a los/as profesionales de Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales, para poder orientar e informar mejor a los/as usuarios/as que acudan a estos recursos.

Otra de las conclusiones es que existe una mala coordinación de los Servicios Sociales Municipales con los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, por razones como que es insuficiente o que se podría mejorar. Para perfeccionar este aspecto, se deberían mantener reuniones periódicas entre los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, para mejorar la coordinación entre ambos.

Este estudio permite apuntar que en los programas preventivos se mejora la calidad de vida de las personas, por lo tanto, la clave es incidir en los déficits de personalidad. Dedicando mucho esfuerzo a la clarificación de valores y a mejorar la autoestima, para poder hacer frente a dilemas éticos, presión del grupo, etc. A pesar de ello, como

alternativa ha de destacarse que cualquier tipo de intervención debe tener una serie de principios y condiciones básicas para conseguir resultados eficaces y efectivos.

Todo ello no quiere decir que no se estén impartiendo contenidos en esta línea, pero se hace necesario que los y las adolescentes los perciban y los interioricen de forma mucho más efectiva que hasta el momento.

Se destaca que la familia juega un papel importante en la prevención de las conductas de consumo de drogas en los jóvenes, es un agente preventivo prioritario en la prevención de las drogodependencias, por lo tanto, cuando se tiene una buena base desde pequeños y se fortalecen los factores protectores que posee el individuo, se pueden prevenir conductas de consumo de drogas en un futuro.

Por último, decir que el trabajo de fin de grado ha sido más costoso de lo esperado, ya que los ayuntamientos mostraban resistencia a colaborar en la investigación, excusando en motivos como las vacaciones por parte de los y las profesionales y la falta de tiempo para prestar atención y reunirse con la alumna. A pesar de todo ello, puede decirse que el trabajo ha sido satisfactorio, lo que también ha sido posible gracias a la supervisión y tutorización de Berta, quien ha ayudado a sentar las bases necesarias para la realización de la investigación. Por tanto, ha sido una experiencia enriquecedora y se valora mucho el crecimiento personal y los conocimientos adquiridos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, A; Moreno, G; Moreno, J. y Sánchez, L. (2002). *La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de Formación*. Madrid: Asociación Deporte y Vida. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/manual_tiempolibre.pdf
- Alemán, C. y Fernández, T. (2008). *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Alemán, C. y García, M. (2009). *Los Servicios Sociales Especializados en España*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Alonso, C; Salvador, T; Suelves, J; Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/diccionario_preencion.pdf
- Arbex, C. (2002). *Guía de Intervención: Menores y Consumos de Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/menoresyconsumos.pdf>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/bases.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Blasco, C. (2012). *Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos. Recuperado de:

http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequence=1

- Carrón, J. y Sánchez, L. (coords.) (1995). *Los Servicios Sociales Generales y la atención a drogodependientes*. Madrid: GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Castanyer, M. (coord.) (1998). *Actuar es posible. Servicios Sociales y Drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/sersoc.pdf>
- Castillo, M. (2006). *Manual de Servicios Sociales Comunitarios*. Madrid: Síntesis.
- Centro de prevención e intervención en drogodependencias (2013) *Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias*. Barcelona: Diputación de Barcelona. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaParaElaboracion_deunPlan_LocaldePrevencion.pdf
- Cisneros, M. (2012). *Como elaborar trabajos de grado*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Conde, F. (2007). *Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA). Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/EstilosEducativos.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social (2012). Código Deontológico de Trabajo Social. Madrid. Recuperado de: http://trabajosocial.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-46/codigo-deontologico-trabajo-social-2012
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2003). Recuperado de: <https://www.uv.es/=cholz/InfPND.pdf>
- Fabián, R. (2007). La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabitación a las drogas. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 14 (2), 82-89. Recuperado de: http://alcmeon.com.ar/14/54/10_Biondi.pdf

- Fernández, T. y Alemán, C. (coords.) (2003). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Alianza.
- Flynn, S. (1994). Consumo de sustancias tóxicas por adolescentes. *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Mosby Doyma.
- García, T. (2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*. Recuperado de: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- García, F. y Segura, M. (2005). Salud y drogas. *Revista del Instituto de Investigación de Drogodependencias* 5 (1), 35-55. Recuperado de: <http://inid.umh.es/>
- Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad (2015). *III Plan Canario sobre Drogas*. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>
- Gobierno de Canarias (2015). *Prevención en drogodependencias*. Tenerife. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=7f60b796-bcd8-11e4-8047-eb11d25e1baf&idCarpeta=a82a3e42-b8f0-11e4-9053-9d1690bb437a>
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>
- González, A., Fernández, J. R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/MenoresRiesgo.pdf>
- Gutiérrez, A. (coord.) (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Académicas
- Herrera, J.M. (2008). *Investigación cuantitativa*. Recuperado de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2004). *Cómo prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de:

<http://www.lugo.es/cs/BlobServer?blobcol=PDF&blobtable=PDFDoc&blobkey=id&blobwhere=1227483928264&blobheader=application/pdf&blobnocache=true>

- Lorenzo, P; Madera, J; Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Macià, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Martín, V. M. (2009). *Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga: Aljibe.
- Martínez, F., Pérez, E. y de las Heras, M. D. (2004). *Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Deporte y Vida. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/nexus.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006). *Campañas 2006. Prevención del consumo y adicción a cannabis y cocaína*. Madrid: Gobierno de España. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/campanas/campanas06/drogas1.htm>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Estados Unidos. Recuperado de: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2013). *Informe Europeo sobre Drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/libe/dv/21_emcddareport_/21_emcddareport_es.pdf
- OEDT (Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías) (2006). *Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperado de: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso al tratamiento por Drogas y VIH aún bajo*. México: Oficina de Enlace y Partenariado en México. Recuperado de:

- <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU para 2005*. Recuperado de: https://www.unodc.org/pdf/research/wdr_volume2_sp.pdf
 - OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015). Recuperado de: <http://boards5.melodysoft.com/forofree/definicion-de-drogas-segun-la-oms-52.html>
 - Pereiro, C. (ed.) (2006). Monografía patología orgánica en adicciones. *Adicciones*, (18), p- 1-286. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/PatologiaOrganica.pdf>
 - Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Informe nº 3 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-3.pdf>
 - Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/GuiaProfesor.pdf>
 - Puyol, B. y Tosco, P. (2007). Conceptos básicos sobre las drogas. En Martín, L. y Peraza, M. (coords), *La familia ante el problema de las drogodependencias*. Tenerife: Instituto Insular de atención Sociosanitaria.
 - Roldán, G. (2008). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *Roderic*, (18) p. 303-304. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/22386>
 - Roca, J. et al (1989). *Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos*. Barcelona: Intress.
 - Servicio Canario de Salud (2015). *Guía de Ocio Saludable*. Recuperado de: <http://www.guiaciosaludable.com/mapa-de-recursos/#>
 - Soria, B. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf>

- Soriano R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza.

Anexos

Anexo I: Instrumento de recogida de información

PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Este cuestionario es anónimo, la información que usted proporcione es totalmente confidencial y sólo tendrá acceso a ella el equipo de la investigación.

Por favor, lea atentamente los enunciados. Gracias por su colaboración.

Nº de Cuestionario: _____

DATOS DEL ENTREVISTADO/A:

Ayuntamiento al que pertenece: _____

Años que lleva ejerciendo: _____

Formación universitaria en drogodependencias: _____

Años que lleva trabajando en drogodependencias:

1.No, en general	
2. Menos de 10	
3. De 11 a 20	
4. Más de 20	

Edad

1. Menos de 30	
2. Entre 30 y 40	
3. Entre 41 y 50	
4. Más de 50	

Sexo

1. Hombre	
2. Mujer	

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Actualmente el fenómeno de las drogas en la sociedad española es de gran importancia.					
2.	La colaboración del Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias es suficiente.					
3.	Los profesionales requieren formación especializada en materia de drogodependencia para poder orientar e informar mejor a la población.					
4.	Actualmente en el municipio en el que trabaja se están desarrollando suficientes acciones preventivas en materia de drogodependencia.					
5.	Los contenidos que se trabajan en su municipio en los programas de prevención de drogodependencia son suficientes.					

		Si	No	No sabe / no contesta
6.	¿Hay información (como folletos, carteles, guías,...) en el Ayuntamiento sobre las UAD?			
7.	¿Cree usted que los Programas de Prevención Familiar son eficaces?			
8.	¿Cree usted que los Programas de Prevención Familiar mejoran la calidad de vida relacionada con las diferentes áreas de su vida (como familia, trabajo, relaciones sociales,...)?			

Por favor, valórelo en una escala del 1 al 5 (1 mayor prioridad; 5 menor prioridad).

9. ¿Cuáles son, en su opinión, las principales estrategias de actuación que habría que desarrollar desde los municipios para hacer frente al problema de las drogas?

1. Campañas de sensibilización	
2. Programas de prevención en los ámbitos escolar, familiar y comunitario	
3. Programas de asistencia a drogodependientes	
4. Programas de reducción de daños	
5. Programas de ocio alternativo	
6. Otros (especificar):	

10. ¿Qué área de intervención considera más relevante para abordar el problema de las drogodependencias?

1. Prevención del consumo	
2. Reducción de riesgos asociados al consumo	
3. Asistencia a personas drogodependientes	
4. Reducción de daños asociados al consumo	
5. Inserción social de personas drogodependientes	
6. Otros (especificar):	

11. ¿Cuáles son, en su opinión, las estrategias prioritarias que habría que potenciar en los próximos años para abordar los problemas de drogodependencia?

1. Programas de prevención	
2. Programas de tratamiento de la drogodependencia	
3. Programa de reducción de daños	
4. Comunidades terapéuticas	
5. Programas de inserción social para drogodependientes	
6. Otros (especificar):	

12. Desde el Ayuntamiento, ¿existe un protocolo de asistencia en el proceso de intervención en materia de drogodependencias?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cuál o cuáles _____

13. Desde el Ayuntamiento, ¿existe algún plan, programa o proyecto específico de drogodependencias?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cuál o cuáles _____

14. Desde el Ayuntamiento, ¿se realizan actividades de prevención en materia de drogodependencias?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cuál o cuáles _____

15. ¿Conoce algún tipo de actividad o programa interesante de prevención que no se esté llevando a cabo?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cuál o cuáles _____

16. Desde el Ayuntamiento, ¿qué profesionales se implican en los programas de prevención?

1. Trabajador/a social	
2. Psicólogo/a	
3. Médico/a	
4. Otros. Indicar:	
5. No sabe/ No contesta	

17. Para alcanzar una mayor efectividad en los programas de prevención, ¿considera que se deberían investigar nuevas variables o aspectos?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cuál o cuáles _____

18. ¿Cree usted, que las acciones preventivas que se llevan a cabo actualmente en los ámbitos escolar, familiar y comunitario se podrían reforzar o mejorar?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar cómo _____

19. ¿Considera usted a la familia como un agente preventivo primordial en el consumo de drogodependencias?

1. Sí.	
2. No.	
3. No sabe/ No contesta	

En caso afirmativo, indicar por qué _____

20. ¿Qué actitudes, habilidades o patrones de comportamiento son importantes en el trabajador/a social para trabajar en prevención?

Anexo II: Respuestas literarias a la pregunta 20 del cuestionario realizado.

“Que le gusten las personas y crea que el cambio es posible”. (E. 1)

“Formación especializada y coordinación con los distintos sectores (entorno, comunidad escolar y sociedad)”. (E. 2)

“Empatía y disposición en el trabajo”. (E. 3)

“Formación y actitud (dos cualidades que van unidas) y comprensión para poder mejorar y realizar el cambio”. (E. 4)

“Formación especializada y las propias de un/a trabajador/a social (empatía, tolerancia, no prejuicios)”. (E. 5)

“Empatía, comprensión y equilibrio en situaciones problemáticas”. (E. 6)

“Capacitación en valores para trabajar con colectivos”. (E. 7)

“Empatía y tolerancia a la frustración”. (E. 8)

“Formación, capacidad de adaptación, empatía y disponibilidad para con los otros”. (E. 9)

“Empatía, capacidad de adaptación, actitudes acordes con la juventud y formación especializada”. (E. 10)

“Saber escuchar, fomentar la comunicación, motivación y disposición emprendedora, dinamización de recursos”. (E. 11)

“Empatía, habilidades sociales, patrones y valores positivos, disposición emprendedora y vocación de servicio”. (E. 12)

“Capacidad de comunicación, asertividad, motivación, potenciar factores de protección y tener conocimiento de la resiliencia y formación y actualización constante”. (E. 13)

“Humildad, respeto y asertividad con la población y escuchar a las personas sin minimizar la problemática”. (E. 14)

“Estar bien informado de todo lo novedoso en los diferentes ámbitos, formación y reciclaje continuo y tener don de gentes”. (E. 15)

“Empatía y constancia, trabajar de manera individualizada según las necesidades de cada persona y facilitar información recursos y alternativas”. (E. 16)

“Empatía, actitud positiva y motivación al cambio, baja frustración y ser objetiva y realista en la búsqueda de soluciones”. (E. 17)

“Empatía, respeto a las diferentes problemáticas y formación y disponibilidad favorable para el trabajo en equipo”. (E. 18)

“No tener prejuicios, poseer talento participativo y entusiasmo hacia el trabajo y ser consciente de que un problema puede generar muchos otros”. (E. 19)

“Especialización y actualización constante de los/as profesionales y como actitud fundamental, mucha empatía”. (E. 20)

“Empatía y tener acercamientos positivos con la población (de manera constructiva y cercana)”. (E. 21)

“Ser flexible, abierto a la escucha, quitarnos los estereotipos y dar nuevas ideas y alternativas a la problemática”. (E. 22)

“Asertividad y sensibilidad, liderazgo para conducir individuos, grupos y comunidades, responsable y seguro en la toma de decisiones y formación y conocimiento constante”. (E. 23)

“Tener espíritu joven (que transmita en igualdad de condiciones lo que se quiere y no de una manera impuesta), entusiasmo y devoción por el trabajo e interés en la problemática social”. (E. 24)

“Formación continua, habilidades sociales y comunicadoras, fomentar el trabajo en equipo y saber utilizar los diferentes recursos”. (E. 25)

“Empatía, eliminar los prejuicios y estar cerca de las necesidades de la población”. (E. 26)