
**LA PREVALENCIA DEL
CONSUMO DE DROGAS EN EL
ALUMNADO DE TRABAJO
SOCIAL DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Trabajo de Fin de Grado

Autora: Nuria Pérez García

Directora: Berta Puyol Lerga

Julio de 2015

ÍNDICE	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	4
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	5
1.1. DEFINICIÓN DE DROGAS.....	5
1.2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO.....	6
1.3. TIPOLOGÍA DE DROGAS.....	8
1.4. TIPOS DE CONSUMO DE DROGAS.....	9
1.5. PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS.....	10
1.5.1. El consumo de drogas en Europa.....	11
1.5.2. El consumo de drogas en España.....	11
1.5.3. El consumo de drogas en Canarias.....	14
1.6. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE LAS DROGAS.....	15
1.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.....	18
1.7.1. Teorías y modelos basados en pocos componentes.....	18
1.7.2. Teorías de estadios y evolutivas.....	20
1.7.3. Teorías integrativas y comprensivas.....	21
1.8. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL.....	23
1.8.1. Los estudios de Trabajo Social en la Universidad de La Laguna.....	24
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. MÉTODO.....	26
3.1. HIPÓTESIS.....	28
3.2. VARIABLES.....	29
4. RESULTADOS.....	30

4.1. RESULTADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ALUMNADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	30
4.2. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	33
4.3. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	36
4.4. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	39
4.5. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE COCAÍNA EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	42
4.6. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	45
4.7. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ANFETAMINAS O SPEED EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	47
4.8. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	48
4.9. RESULTADOS REFERENTES A TRATAMIENTOS O ASISTENCIAS AMBULATORIAS POR CONSUMO DE DROGAS, EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	50
4.10. PRINCIPALES VIAS POR LAS QUE HAN RECIBIDO O LES GUSTARIA RECIBIR INFORMACION LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	51
5. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y DISCUSIÓN.....	53

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	67
ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ALUMNADO DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	67
ANEXO 2: RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE HEROÍNA, EN LA POBLACION UNIVERSITARIA DEL GRADO DEL TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	77

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de fin de Grado corresponde a una alumna de cuarto de Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Se trata de un trabajo individual que evalúa las competencias adquiridas a lo largo de la formación académica, llevadas a la práctica a través del presente documento.

El objetivo principal del estudio es conocer el consumo de drogas en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Así, nos permitirá conocer la edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, tanto legales como ilegales, la frecuencia en su consumo y problemas de salud derivados del consumo de drogas.

Los principales motivos que han suscitado la elección de esta temática han sido, por un lado, la preocupación de como el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas sigue prevaleciendo entre los más jóvenes. Y por otro lado, el haber realizado las prácticas externas, en un Servicio de Prevención a las Drogodependencias, centrando su objetivo en prevenir el consumo de sustancias tóxicas entre la población más vulnerable, los jóvenes.

Para el desarrollo de la investigación se ha llevado a cabo una metodología cuantitativa, sobre una muestra de 151 estudiantes. Como instrumento se ha tomado como referencia la Encuesta sobre el Uso de Alcohol y otras Drogas en España, (EDADES), financiada y ejecutada por el Plan Nacional sobre Drogas, la cual ha sido modificada y adaptada a las exigencias del presente estudio.

El documento se estructura en siete grandes bloques. En el primer apartado se encuentran los antecedentes teóricos que han servido de soporte documental para el desarrollo de la investigación. A continuación, se especifican los objetivos, tanto generales como específicos, que se propusieron para el desarrollo de la investigación seguido del método utilizado, donde se especifican las variables estudiadas, la población objeto de estudio, así como las técnicas utilizadas tanto para la recogida de datos como para su posterior análisis.

Finalmente, los últimos apartados muestran los resultados obtenidos en el estudio, el análisis de los resultados y las conclusiones y propuestas de la investigación.

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En las siguientes páginas se llevará a cabo una breve aproximación teórica sobre el tema objeto de estudio. En primer lugar, se especifican los conceptos básicos necesarios para la contextualización del tema. Así, se expondrá una visión general del concepto de drogas, clasificación de las diferentes sustancias, definiciones de uso, abuso y dependencia, así como las diferentes formas de consumo de drogas. Posteriormente, se muestra una síntesis de los datos obtenidos a través de diferentes estudios realizados por entidades tanto a nivel europeo, como nacional y autonómico.

En los siguientes apartados, se exponen los factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas, y se explican las diferentes teorías y modelos que intentan dar respuesta al fenómeno de la drogodependencias. Por último, se realiza una aproximación a la disciplina y profesión del Trabajo Social, señalando las definiciones más relevantes así como una breve introducción a los estudios del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

1.1. DEFINICIÓN DE DROGAS

Para poder introducirnos en el tema es necesario empezar concretando el concepto de drogas. Se entiende por droga: “toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas” (Del moral y Fernández, 2009, p.2).

Por tanto, continuando con Del Moral y Fernández (2009), las características fundamentales de toda droga son:

- Toda sustancia que se introduce en el organismo: en este sentido se refiere a todas las sustancias, incluyendo a las drogas lícitas (tabaco, alcohol), y a las ilícitas (cannabis, éxtasis, anfetaminas,...etc.).

- Capaz de actuar sobre nuestro sistema nervioso: pueden causar diferentes modificaciones dependiendo de la sustancia ya sea excitar, relajar, realizar cambios en nuestras percepciones, etc.
- Incitan a la persona a volver a consumir por los efectos placenteros que genera.
- Dejar de consumir la droga puede generar malestar, tanto a nivel físico como psicológico.

Para llegar a una mayor concreción sobre cuáles serían las sustancias psicoactivas capaces de generar dependencia, (la Organización Mundial de la Salud 1982, s.r.f De Lucas, 2014 p.17), señala como droga de abuso: “aquella que se produce fuera del uso médico que produce efectos psicoactivos (capaz de producir modificaciones en la percepción, en el estado de ánimo de una persona, en su conciencia y en su comportamiento), y susceptible de ser autoadministrada”.

1.2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

A continuación se muestran una serie de conceptos relevantes a la hora de hablar del fenómeno de las drogodependencias. Así, se señalan los términos de uso, abuso y dependencia de las drogas y se expondrán las diferencias entre los mismos.

El término uso de sustancias psicoactivas se refiere a un consumo esporádico, sin que el mismo produzca dependencia o algún trastorno tanto físico como mental en el individuo. En teoría es difícil definir un consumo como “uso”, ya que lo que podría ser en un momento dado un consumo moderado de una sustancia, se puede convertir en un abuso dadas las circunstancias personales de ese individuo, o bien ser, para otra persona ajena un abuso de esa sustancia bajo su criterio personal (Barra y Diazconti, 2013).

Por otro lado, el término abuso, según Becoña (2002) señala: cualquier consumo de droga que perjudique o amenace con perjudicar la salud, tanto física como mental, de la persona. En este sentido, podríamos añadir que se entiende por abuso cualquier consumo que por su frecuencia y por las características personales del individuo puedan generar algún daño tanto a sí mismo como a la sociedad.

No obstante, De Lucas, (2014) atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (1994) nos define el equivalente al término como consumo perjudicial, que da

lugar a: cualquier forma de consumo que afecte al individuo tanto a nivel físico como psicológico. No obstante, cuando el consumo perjudicial, se hace constante en la vida del sujeto, con el objetivo de experimentar los efectos psíquicos, y en muchos casos evitar los problemas que aparecen tras abandonar su consumo, estamos hablando de drogodependencia.

Por otro lado, Pascual, Cavestany, Moncada, Melero y Pérez (2003), nos dan señales para averiguar cuando se pasa del uso al abuso y finalmente a la dependencia de sustancias psicoactivas. Una de las características fundamentales de las drogas, es su capacidad para generar dependencia. Cuando el individuo pasa de consumir de manera esporádica a necesitar el consumo como algo prioritario en su vida y busca en todo momento la manera de obtenerla y consumirla, a pesar de los efectos negativos que le produce su consumo, estamos hablando en términos de dependencia.

No obstante, continuando con lo dicho por Pascual, Cavestany, Moncada, Melero y Pérez (2003), el concepto dependencia integra dos dimensiones, la dependencia física y la psicológica, las cuales presentan las siguientes características.

La dependencia física: se define como la necesidad de mantener unos niveles determinados de droga en nuestro organismo. Se caracteriza por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la ingestión de la sustancia en el organismo. Dentro de la dependencia física encontramos dos elementos fundamentales, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

La tolerancia aparece cuando el organismo se adapta a la ingesta de una determinada droga, o bien se necesitan dosis más elevadas para obtener los mismos efectos que producía en un principio el consumo de una determinada sustancia (Becoña, 2002).

Por otro lado, cuando se intenta abandonar el consumo perjudicial o la cantidad suministrada no es suficiente aparecen una serie de signos y síntomas en la persona, que su intensidad dependerá del tipo de droga que consume, la cantidad administrada, el tiempo que lleva consumiendo, etc. A éste estado se le conoce como síndrome de abstinencia (Becoña, 2002).

Dependencia psicológica: se trata del deseo de repetir la administración de una droga bien para obtener los efectos agradables que produce su consumo o para evitar el malestar que se siente con su ausencia. Este tipo de dependencia es más difícil de superar que la física,

ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del individuo para que deje de recurrir a las drogas. Por todo lo mencionado anteriormente, debemos de considerar la dependencia como un estado en la que un individuo pierde la voluntad de su propias decisiones, y vive esclavizado por su propia adicción a las sustancias psicoactivas (Pascual, Cavestany, Moncada, Melero y Pérez ,2003).

1.3. TIPOLOGÍA DE DROGAS

Según Palacios y Ramón (2001), las drogas se pueden clasificar atendiendo a diferentes criterios. Uno de los más básicos, es aquel que atiende a los efectos psicopatológicos que se producen en el organismo de una persona.

- **Drogas depresoras:** provocan efectos de inhibición en el sistema nervioso central, generando estados de apatía y somnolencia. Dentro de las drogas depresoras encontramos el alcohol, los disolventes volátiles y la heroína.
- **Drogas estimulantes:** generan un estado alterado en el organismo, desencadenando estados de ánimo exaltados y ausencia de contacto con la realidad. Se consideran drogas estimulantes la cocaína, las anfetaminas, el tabaco, etc.
- **Drogas alucinógenas:** su consumo provoca alucinaciones, alteración de conducta y reacciones similares a trastornos psiquiátricos. Se consideran drogas alucinógenas, las drogas de síntesis, el cannabis, el ácido lisérgico, etc.

Por otra parte, el DSM-IV-TR, según referencia Del Moral y Fernández (2009, p19) señala la siguiente clasificación, atendiendo a las sustancias capaces de producir dependencia: “Alcohol opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, fenciclidina y nicotina”

No obstante, una de las clasificaciones más utilizada es la elaborada por Shuckit (2000), la cual queda reflejada en la siguiente tabla.

TABLA 1:
Clasificación de las drogas según Shuckit (2000)

Clase	Algunos ejemplos
Depresoras de SNC	Alcohol, hipnóticos, ansiolíticos,(benzodiazepinas)
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	Atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Shuckit (2000, s.r.f. Becoña, 2002, p.22)

1.4. TIPOS DE CONSUMO DE DROGAS

Existen diferentes formas de relacionarse con las drogas. Las consecuencias y los efectos negativos que la sustancia genera en nuestro organismo, dependerá de factores como el tipo de droga, la pureza de la misma, el tiempo que se lleva consumiendo la sustancia, la cantidad administrada, etc.

A continuación, atendiendo a Carpentieri, Cejas, García, Puyol, Santana y Tosco (1997), expondremos los diferentes tipos de consumo: el consumo experimental, ocasional, habitual y el excesivo.

- **Consumo experimental:** es un consumo inicial o fortuito de una o varias sustancias. La mayoría de veces la droga es ofrecida, se trata de un consumo que puede generar dependencia psicosocial.
- **Consumo ocasional:** se trata de un consumo intermitente, la persona comienza a gastar dinero en conseguir la droga. El consumo ocasional puede desencadenar en dependencia psicosocial y tolerancia.
- **Consumo habitual** en este tipo de consumo la persona necesita la sustancia de manera continua. No obstante, la dependencia de la sustancia no le impide desenvolverse en su vida cotidiana. En este tipo de consumo el sujeto piensa que puede abandonar el consumo cuando quiera.
- **Consumo excesivo:** en el consumo abusivo la vida de la persona gira en torno a la droga y a lograr su consumo. El consumo afecta a toda relación que le impida conseguir la droga.

“Las dos primeras formas de consumo son episódicas mientras que las dos últimas son formas crónicas, en las que ya se puede percibir características claras de dependencia. El consumo ocasional se relaciona con dos tipos de consumo: el consumo socio-recreativo y circunstancial-situacional. El primero se relaciona con la facilitación del comportamiento social, mientras que el segundo se vincula con el deseo de potenciar el rendimiento deportivo, sexual o laboral” (Del Moral y Fernández, 2009, p 17).

1.5. PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS

Según Becoña (2002), la prevalencia en el consumo de drogas en la sociedad actual es alta. Cuando hablamos de drogas solemos asociarlas a las drogas ilegales, (cocaína, éxtasis, cannabis, etc.). Sin embargo, son las drogas legales como el tabaco y el alcohol las que causan los mayores índices de mortalidad y las más consumidas por la población.

El objetivo de este apartado es mostrar la incidencia en el consumo de drogas, a través de los resultados aportados por diferentes organismos competentes a nivel europeo, nacional y autonómico.

1.5.1. El consumo de drogas en Europa

Para conocer la incidencia en el consumo de drogas a nivel europeo, contamos con los datos publicados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), en su informe Europeo sobre Drogas 2014, el cual nos mostraba los siguientes resultados.

- Las drogas ilícitas más consumidas a nivel europeo son la cocaína, las anfetaminas, y el éxtasis.
- Se estima que 15,4 millones de jóvenes europeos, de entre 15 y 34 años, consumieron cannabis en el último año, 9,2 millones de ellos en edades entre 15 y 24 años.
- El número de usuarios de cannabis en Europa que entran en tratamiento por primera vez se sitúa en 60.000 en 2011. Dos tercios de ellos tienen entre 15 y 34 años, y dentro de ellos tres de cada cuatro son varones.
- El 90% de todos los usuarios habituales de cocaína fueron declarados por cinco países: Alemania, España, Italia, Holanda y el Reino Unido.
- Las anfetaminas han sido una de las drogas más comunes en Europa; sin embargo en 2011, la incautación de la misma ha descendido y en su lugar han incrementado las metanfetaminas.
- Las muertes por sobredosis es una de las principales causas de mortalidad entre la población joven. Se estima que mueren entre 10.000 y 20.000 consumidores de opiáceos anualmente.

1.5.2. El consumo de drogas en España

En España, conocemos los datos sobre prevalencia a través de las encuestas representativas, llevadas a cabo desde 1994, de manera bienal, con la colaboración de las Comunidades Autónomas y dirigidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en España, (EDADES), va dirigida a la población residente de entre 15-64 años, y la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), nos aporta la información sobre el consumo en la población escolar en edades entre 14-18 años.

Los resultados de la última encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES, fueron publicados en 2013, con una muestra representativa de 23.136 cuestionarios válidos. La encuesta dio a conocer los siguientes datos.

Las sustancias más consumidas por la población de entre 15-64 años son, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, seguido del consumo de cannabis. Si atendemos al consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, en los últimos 12 meses los hombres presentan más incidencia de consumo que las mujeres. Sin embargo, el consumo de hipnosedantes se encuentra más extendido entre las mujeres.

En cuanto a las sustancias que presentan una edad de inicio en el consumo más temprana se encuentra el tabaco y el alcohol con una edad de inicio en torno a los 16, y el cannabis con una edad media en torno a los 18 años.

El consumo de bebidas alcohólicas en los últimos diez años, es elevado pero se encuentra estabilizado. La prevalencia en el consumo de alcohol se encuentra en los/as jóvenes entre 15 y 29 años, mientras que el denominado botellón se concentra en la franja de edad de 15 a 24 años.

El cannabis es la droga ilegal que presenta mayor prevalencia de consumo. El 25% de los que señalaron haber consumido cannabis en el último año, presentan un consumo problemático. Un aspecto significativo que dio a conocer la encuesta es que el número de personas que empezaron a consumir cannabis superan a los que se iniciaron en el consumo de tabaco y que el mayor porcentaje de nuevos consumidores son menores de edad. Asimismo, esta sustancia se encuentra presente en el 90% de los policonsumos de sustancias ilegales.

Finalmente, el consumo de sustancias como la cocaína ha descendido en los últimos años, al igual que ocurre con el éxtasis o las anfetaminas.

Por otro lado, el Plan Nacional sobre Drogas (2012), dio a conocer los resultados obtenidos a través de la encuesta sobre el consumo de alcohol y drogas, (ESTUDES), llevada a cabo en el ámbito escolar. Los aspectos más significativos se exponen a continuación.

Las sustancias más consumidas por los/as estudiantes de entre 14 y 18 años son, el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Referente al consumo más reciente, en los últimos 30 días, el 74% de los encuestados había consumido alcohol, seguido 29,7% del consumo de tabaco y unos 16,1% referidos al consumo de cannabis.

Entre las sustancias con una iniciación en el consumo más temprana, se encuentran las bebidas alcohólicas y el tabaco, en una edad entre los 13 y 14 años. Otro aspecto significativo, es que el consumo de inhalables se sitúa en una edad de inicio en torno a los 13 años, seguido del consumo de cannabis y de hipnosedantes con un inicio en torno a los 14 años.

En 2012, el 81,9% de los consultados señaló haber consumido bebidas alcohólicas en el último año, y el 74% afirmó haberlo hecho en los últimos treinta días. Con respecto al número de borracheras, en 2013 el número de jóvenes que se emborrachan desciende con respecto a años anteriores. No obstante, el porcentaje se encuentra elevado 3 de cada 10 afirma haberse emborrachado en los últimos treinta días y las mujeres entre 14 y 16 años, superan en borracheras a los hombres.

En lo referente al consumo de tabaco se encuentra estabilizado y muy próximo a igualarse entre hombres y mujeres. No ocurre lo mismo con el consumo de cannabis que es elevado entre los estudiantes, un 2,7% de los consultados señala consumir cannabis a diario, siendo los hombres los que presentan mayor incidencia de consumo.

Como podemos observar en los resultados de las dos encuestas, las drogas legales (tabaco, alcohol) siguen siendo las más consumidas entre la población, seguidas del consumo de hipnosedantes entre la población más adulta, que empiezan a consumirse a los 35 años de media y del cannabis si hablamos de los adolescentes con una edad de inicio cada vez más temprana.

Finalmente, en la prevalencia de consumo por edades los encuestados de entre 18 y 64 años, consumen alcohol, tabaco, hipnosedantes, y cocaína. Sin embargo, la prevalencia en la práctica del botellón y las borracheras, son más elevadas entre los/as adolescentes de 15 a 17 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

1.5.3. El consumo de drogas en Canarias

Para conocer la incidencia en el consumo de drogas en Canarias, contamos con los resultados publicados por el Gobierno de Canarias, de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas, 2013 (EDADES), con una muestra representativa de 1897 cuestionarios válidos, que reflejaban los siguientes resultados.

El alcohol es la droga que más sujetos han consumido alguna vez en su vida con un 91,6% de la población encuestada. Sin embargo, si hablamos del hábito de consumir alcohol a diario, en Canarias los datos apuntan a un 4,8% con respecto a la media nacional que la duplica en un 9,8% de sujetos que consumen a diario. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en Canarias se sitúa en torno a los 16 años.

El tabaco es la segunda droga legal que más sujetos han probado alguna vez en su vida, con un total de 7 de cada 10 encuestados. Asimismo, 3 de cada 10 han fumado diariamente con un consumo de media de 14 cigarrillos diarios, siendo los hombres los que se llevan el mayor porcentaje de consumo. En lo referente a la edad media de inicio en el consumo de tabaco, en las islas se sitúa en los 16 años, en este sentido se iguala a la media nacional.

Un dato significativo es el consumo de hipnosedantes. En Canarias la prevalencia de consumo de estas sustancias supera ligeramente la media nacional con un total de 28,5% de la población que ha consumido hipnosedantes (somniaferos y/o tranquilizantes), alguna vez en su vida, siendo los somníferos los de mayor prevalencia de consumo.

Con respecto a las drogas ilegales, el cannabis es la droga ilegal más consumida con un 13,6% de la población, éste porcentaje es ligeramente superior a la media nacional que se sitúa en torno al 10,3%. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de cannabis tanto a nivel nacional como en Canarias se sitúa en torno a los 18 años.

El consumo de cocaína, el formato en polvo tiene mayor prevalencia de consumo con un 13,6% y ocupa el segundo lugar de drogas ilegales más consumidas en las islas, seguido del consumo de éxtasis con un porcentaje de 5,2% de la población. No obstante, ninguna de las dos sustancias presenta diferencias significativas en el consumo con respecto a la media nacional. Este tipo de sustancias presentan una edad de inicio en el consumo más tardía entre los 19 y 21 años.

1.6 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE LAS DROGAS

Cuando una persona se encuentra frente a la tesitura de consumir o no una sustancia, entran en juego varios factores. Por ejemplo, Algunos individuos en un contexto propicio para el consumo o bien expuestos a situaciones estresantes deciden consumir, mientras que otros, inmersos en la misma situación y con las mismas características personales deciden no probarlo. El estudio de qué condiciones llevan a unos individuos a consumir frente a otros que no desarrollarán los hábitos de consumo, ha llevado a cabo diversas investigaciones sobre cuáles son los factores de riesgo y de protección que pueden incidir en el consumo de drogas.

Según Clayton (1992), se entiende por factores de riesgo “aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas.” por otro lado, los factores de protección son “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado, inhibiendo o atenuando así, la posibilidad del uso de sustancias” (Clayton,1992,s.r.f. Peñafiel, 2009 p.148).

Existen diversas clasificaciones sobre los factores de riesgo y de protección. Una de ellas es la elaborada por Moncada (1997, s.r.f. Becoña, 2002), la cual señala dos tipos de factores de riesgo: los factores de riesgo relacionados con el ambiente y los factores de riesgo relacionados con el individuo y su entorno.

En lo referente a los factores de riesgo ambientales señala: “la Deprivación social, la desorganización comunitaria, la disponibilidad y accesibilidad de las drogas, la percepción social del riesgo, la movilidad de la población y las normas y leyes de la comunidad”. Mientras que en los factores de riesgo relacionados con el individuo y el contexto social señala: “los antecedentes familiares de alcoholismo, estilo educativo, los modelos de conducta de los progenitores, los valores, la agresividad, búsqueda de nuevas sensaciones, otros problemas conductuales, la actitud hacia la drogas, el fracaso escolar y el grupo de iguales” (Moncada, 1997, s.r.f. Becoña ,2002 p 31).

No obstante, Becoña (2002) clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares, comunitarios, escolares, compañeros e iguales e individuales. En el siguiente cuadro se muestra la clasificación.

TABLA 2:
Factores de riesgo y de protección de las drogas

	Factores de riesgo	Factores de protección
Factores comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad geográfica. • Desorganización comunitaria. • Disponibilidad y acceso a la droga. • Leyes, normas y creencias que favorezcan el consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación ciudadana. • Generar apoyo externo. • Descenso de la accesibilidad de las drogas. • Normas y cultura comunitaria que generen altas expectativas en los jóvenes.
Factores de compañeros o iguales	<ul style="list-style-type: none"> • Compañeros consumidores de sustancias. • Sentir el rechazo por parte de los iguales. • Conductas desviadas o delincuencia precoz. • Compañeros con actitudes que favorezcan el consumo de drogas. • Baja percepción de riesgo frente al consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicarse con compañeros en actividades organizadas por la escuela u otras instituciones de la comunidad. • Apego a los iguales que no presentan actitudes favorables al consumo. • Resistencia a la presión que ejerce el grupo, sobre todo a las negativas. • No dejarse influir por el grupo de iguales.
Factores escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Características de la escuela. • No sentir apego a la escuela. • Conductas desviadas dentro de la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de calidad. • Oportunidades para la implicación prosocial. • Reconocimiento y refuerzo para la implicación prosocial. • Gozar de apoyo por parte del profesorado y del personal del centro. • Creencias saludables y buena conducta

Continuación tabla

<p>Factores individuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades sociales. • Poseer aspiraciones de futuro. • Creencia en sí mismo • Orientación social positiva. • Creer en el orden social establecido. • Inteligencia y buen rendimiento.
<p>Factores familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los progenitores. • Baja supervisión por parte de los padres. • Ausencia de disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Actitudes por parte de los progenitores hacia una conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables al consumo de sustancias. • Escasez de expectativas para los niños o para el éxito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar de oportunidades para la implicación familiar. • Apego y dinámica familiar positiva. • Creencias saludables y conductas adecuadas. • Altas expectativas por parte de los progenitores. • Sentimiento de confianza positivo.

Becoña (2002, s.r.f. Becoña y Cortes, 2010).

Finalmente, Moncada (1997, s.r.f. Secades y Fernández, 2001), señala las siguientes conclusiones sobre los factores de riesgo y de protección.

Existen factores de riesgo asociados al consumo y otros asociados a la abstinencia. Los factores de riesgo y de protección no son opuestos; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no quiere decir que se trate de un factor protector, o viceversa. Asimismo, existen factores relacionados con el sujeto (impersonal e interpersonal) y otros referentes al contexto (ambientales). Algunos de los indicadores mostrados en la tabla 3, tienen mayor relevancia a lo largo del desarrollo vital del individuo, mientras que otros muestran mayor relevancia en determinadas edades.

1.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Para hacer frente a cualquier tipo de intervención en el campo de las drogodependencias, es preciso hacer uso de un buen modelo teórico. Una teoría se define como “un conjunto de principios relacionados sistemáticamente entre sí, que incluye algunas generalizaciones en forma de ley natural y este conjunto de principios son empíricamente comprobables” (Rudner, 1996, s.r.f Becoña, 2002 p. 65).

Existen un gran número de teorías y modelos que intentan explicar el fenómeno del consumo de drogas. Una de las clasificaciones es la elaborada por Becoña (2002), el cual las clasifica en: teorías y modelos basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y las teorías integrativas y comprensivas

A continuación, siguiendo la clasificación elaborada por Becoña 2002, analizamos algunos de los modelos y teorías más significativas que han sido seleccionadas por su apoyo empírico.

1.7.1. Teorías y modelos basados en pocos componentes

Como su nombre indica este grupo de modelos y teorías intentan explicar el fenómeno de las drogodependencias con muy pocos componentes. Dentro de este apartado nos encontramos las siguientes teorías.

El modelo de creencias de salud y de competencia, según Díaz Sierra (2008), atendiendo a Costa y López (2000), centra su atención en realizar la intervención antes de que aparezca el problema, teniendo como objetivos principales promover y mejorar las competencias personales del sujeto y promover comunidades competentes.

Otro tipo de teorías son las denominadas teorías actitud-conducta, en la que se encuentran según Laespada, Iraurgi y Aróstegi, (2004), la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975), y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988).

Continuando con Laespada, Iraurgi y Aróstegi, (2004), la teoría de la acción razonada, es uno de los modelos más aplicados para explicar la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Esta teoría señala que las variables relacionadas con la cognición

social, como pueden ser, las expectativas, las creencias y las actitudes, son más relevantes que otras variables como son la familia y el grupo de amigos.

Así pues, el eje central de este modelo se centra en la predicción de la conducta del individuo desde su propia actitud, junto con las normas subjetivas estando siempre medido por la intencionalidad, como la causa principal del consumo.

Las actitudes se originan por las consecuencias y por la importancia tanto personal como subjetivamente que los/as jóvenes le den al consumo de drogas. El otorgarle más valor a los efectos positivos del consumo de alguna sustancia que a los costes, mostrara actitudes positivas hacia él (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004).

Por otra parte, la teoría de la conducta planificada de (Azjen, 1988, s.r.f Becoña, 2002 p.112) “intenta dar respuesta cuando las conductas de los individuos no están sometidas a un control voluntario, o las mismas se encuentran en factores que no dependen del mismo. En ella se introduce el control conductual percibido que viene a explicar los casos en los cuales el sujeto quiere dejar de consumir la droga, tiene actitudes de dejar de consumir, sin embargo, existen factores externos que van más allá de la intencionalidad del individuo”.

Del mismo modo, las normas subjetivas se determinan por la percepción del individuo y de la espera de que otros aprueben su comportamiento, así como de su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el joven piensa que sus amigos esperan que consuma, él tratará de no decepcionarles, por tanto, no defraudará sus expectativas, el joven se inclinará hacia el consumo (Becoña, 2002).

Sin embargo, en todos los individuos no tienen el mismo peso estas variables. Unos jóvenes tenderán a consumir más por los efectos positivos esperados de las drogas, y otros en cambio, estarán más predispuestos al consumo por agradar y querer ajustarse a las expectativas de los demás (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004).

Otro grupo de teorías centran su atención en causas intrapersonales donde nos encontramos, según Becoña (2002), con el modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) o su modelo actualizado la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). Este último, señala que los sujetos buscan la aprobación social del resto de la sociedad a través de sus actos. Cuando la persona observa que aún, realizando actos convencionales, no es valorado positivamente por el resto, entonces se verá más motivado

a realizar conductas no aprobadas por la sociedad. El refuerzo por parte de un grupo de iguales que cometan actos desviados reforzará ese comportamiento. La explicación que ofrece Kaplan (1996), para mantener el comportamiento desviado, es debido al reforzamiento positivo que encuentra el individuo al realizar tales actos. Dichos comportamientos desviados se ven reforzados porque satisfacen necesidades personales y porque el propio acto desviado crea una necesidad que solo se satisface realizando el propio acto.

Finalmente señalamos el modelo social de Peele (1985, s.r.f. Díaz y Sierra, 2008), el cual sostiene que no es la sustancia ni la conducta las causantes de la adicción sino la interpretación dada por el sujeto a la experiencia y a sus respuestas a nivel físico, fisiológico, emocional y conductual. Así pues, las experiencias vividas, las características personales y en entorno que rodea al sujeto marcarán la manera de enfrentarse a la vida. La adicción se convierte es un refugio que utiliza el individuo para afrontar situaciones difíciles de su vida, como el estrés, la ansiedad, los estados depresivos, etc.

1.7.2. Teorías de estadios y evolutivas

Las teorías denominadas de estadios o evolutivas explican el consumo de drogas, a partir del desarrollo del individuo en sus diferentes etapas vitales. Según, Díaz y Sierra, (2008) El modelo evolutivo de Kandel, es uno de los más significativos en este aspecto. Esta teoría explica que el consumo de drogas atraviesa una serie de etapas; es decir, el sujeto inicia su consumo con las drogas legales (tabaco, alcohol), para pasar en segundo lugar a probar sustancias ilegales como el cannabis para finalmente probar el consumo de otras drogas como la cocaína, el éxtasis, etc.

Fundamentalmente, la idea se basa en que el consumo de drogas se va elevando de manera frecuencial pasando de consumir drogas legales, para finalmente acabar consumiendo sustancias ilegales. Las influencias directas sobre el sujeto en este caso serían la familia y el grupo de iguales. Asimismo, Kandel señala que en su modelo de etapas no existen diferencias con respecto al género, sexo o edad (Díaz y Sierra, 2008).

El siguiente modelo evolutivo se trata del modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996 s.r.f. Becoña, 2002). En este modelo los elementos centrales

son el autocontrol y la eficacia. Si el individuo carece de éstos dos elementos responderá a las necesidades y presiones inmediatas. Al mismo tiempo, el sujeto puede que careza de objetivos de vida, y aun teniéndolos, es probable que los considere difíciles de conseguir, originado en ciertos casos estados depresivos. A medida que transcurre el tiempo el consumo de sustancias ilegales va descendiendo debido al aumento de la madurez emocional y personal del individuo.

La teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores (1998, s.r.f. Becoña2002), intenta dar otra explicación al consumo de drogas, diferente al resto de teorías, las cuales, según los autores, analizan un solo aspecto del problema, o bien, no se centran en analizar los puntos de unión de unos aspectos con otros. El punto de partida de esta teoría es que aun existiendo una base biológica que influye en la conducta de los individuos, el conjunto de conductas humanas son aprendidas, por lo tanto las conductas desviadas, las adquirimos en el aprendizaje, más concretamente en el proceso de socialización primaria. La socialización primaria vendrían a ocuparla la familia, la escuela y el grupo de iguales, mientras que las asociaciones, la comunidad, la religión e instituciones, las características del vecindario, la familia extensa, etc., formarían parte de la socialización secundaria.

Con respecto a la importancia que desempeña la socialización primaria en el consumo de drogas, Oetting y colaboradores (1998), según referencia Becoña (2002, p.173-174), sostiene que puede producirse por dos vías:

- 1) “La adicción de las drogas ocurre como resultado de la socialización”.
- 2) “La adicción aparece por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas”.

1.7.3 Teorías integrativas o comprensivas

Las siguientes teorías intentan explicar el consumo de drogas a través de la unión de diversos componentes o teorías, o bien, explicar el fenómeno a través de una teoría que por sí misma es capaz de explicar la problemática (Becoña, 2002).

La teoría del aprendizaje social, red denominada actualmente como teoría cognitiva social de Bandura (1986, s.r.f. Del Rosario, 2003), es una de las más importantes y utilizada en el mundo de las drogodependencias.

Según Del Rosario (2003, p 110) “el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socioambientales”.

De esta manera, el sujeto aprende por el entorno que le rodea, que el consumir alcohol o tabaco, no es malo, es una práctica aceptable en la sociedad, y por lo tanto es necesaria para ser aceptado y conseguir reconocimiento sobre todo dentro de su círculo de amigos.

Por otra parte, según Santolaya y Palmerin (2008), se encuentra La teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), que en su versión posterior con el fin de ser más integradora se denomina, la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991). Desde ambas teorías se otorga un papel fundamental a los factores de riesgo para explicar el fenómeno de la drogodependencias. La teoría de la conducta de riesgo señala que muchas de las conductas desviadas nacen del contexto social donde predominan indicadores de riesgo como “la pobreza y la Deprivación social”.

Asimismo se establecen cinco grupos de factores de riesgo y de protección a partir de los cuales se pueden determinar las conductas de riesgo de los individuos. “(Biológicos/genéticos; medio social; medio percibido; personalidad; conducta)”. Dichas conductas de riesgo se expresan como aquellas conductas no deseables o admitidas dentro de una sociedad (Santolaya Y Palmerin 2008.p16).

Otra teoría comprensiva es la teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995, s.r.f. Becoña, 1999), la cual parte de una revisión de otros modelos y teorías para explicar la relación que existe entre el sujeto y su entorno. Para ello considera que existen varios niveles:

- 1) las influencias de la cultura y del contexto que influyen en el conocimiento y los valores que influyen las actitudes.
- 2) las influencias contexto- situación social sobre los vínculos que se establecen socialmente y el aprendizaje social.

3) “Las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales que conducen a la autoeficacia” (Becoña, 1999, p.212).

Asimismo, los autores señalan el papel de la influencia como paso previo a tomar una decisión, y consideran la influencia desde tres aspectos que afectan a la conducta, que son: 1) lo que el sujeto aprende de su entorno; 2) las expectativas esperadas tras realizar una conducta; 3) lo que el sujeto conoce en relación con la salud.

1.8. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

En las siguientes páginas se abordarán los conceptos más significativos referentes a la disciplina del Trabajo Social, así como una aproximación a los estudios del Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

“El Trabajo Social es la disciplina de la que se deriva la actividad profesional del Trabajador Social y del Asistente Social, que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad. El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social” (Barranco, 2008.p.65-66).

Otra definición la aporta el Comité de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, en la conferencia llevada a cabo en Melbourne (2014), que tras un periodo de revisión consensuaron la siguiente definición.

“El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las

humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”.

Tanto en la primera definición como en la consensuada en Melbourne en 2014, se señala el objetivo de proclamar el cambio social, fortaleciendo a las personas para que logren incrementar su bienestar social. De este modo, tal y como señala Barranco (2008p.67): “el Trabajo Social contribuye, junto con otras disciplinas a la integración y al fortalecimiento de las personas, para seguir avanzando en el desarrollo humano, bienestar social, justicia social, responsabilidad social, cultura por la paz y la calidad”.

1.8.1. Los estudios de Trabajo Social en la Universidad de La Laguna

Los inicios del Trabajo Social en Tenerife se remonta a 1960, año en el que se inauguró la primera escuela, en ese entonces llamada Escuela de Asistentes Sociales, promovida por Cáritas Diocesana de Tenerife. Una segunda etapa importante para la disciplina y profesión del Trabajo Social, se produce entre 1984-1985 con la total integración de los estudios de la disciplina a la Universidad de La Laguna, dando comienzo a la Diplomatura en Trabajo Social (Barranco, Gortázar y Henríquez, 2012).

Finalmente, todo el proceso culminó con la puesta en marcha en el curso 2009-2010, del Grado de Trabajo Social. Ese mismo año se consolida la Educación de Post-Grado, con la puesta en marcha del Master de Intervención Social y Comunitaria, dando respuesta específica a la profesión del Trabajo Social.

La puesta en marcha del Grado de Trabajo Social en la Universidad de La Laguna, es el resultado del esfuerzo de trabajadoras y trabajadores sociales, que contaron con el apoyo de instituciones y agentes sociales (Barranco, Henríquez y Santana, 2009).

Por otra parte, desde la propia Universidad de La Laguna, se señala que la formación del Grado en Trabajo Social va destinada a formar a profesionales para que contribuyan a la integración social de las personas, familias o colectivos, así como a fomentar su calidad de vida y su bienestar social (Universidad de La Laguna).

Asimismo, continuando con lo mencionado desde la propia Universidad de La Laguna, otro de los objetivos que se persiguen son:

- Ayudar a fortalecer las capacidades individuales de cada persona para que puedan por ellos mismos resolver sus problemas sociales individuales o colectivos.
- Trabajar la protección de aquellas personas especialmente vulnerables, que no son capaces de hacerlo por sí mismas.
- Ayudar a los grupos vulnerables, excluidos o que se encuentren en situación de riesgo a incorporarse en la sociedad.
- Trabajar para lograr cambios en la sociedad potenciando la igualdad de oportunidades, la aplicación de los Derechos Humano y de la cultura por la paz.
- Fomentar la sensibilización para que las personas se comprometan en el bienestar social de la comunidad.
- Trabajar en la prevención de problemas sociales intentando eliminar la vulnerabilidad social y situaciones de riesgo.
- Promoción de la igualdad de género, de la diversidad funcional, el respeto hacia las diferentes culturas con el fin de lograr un enriquecimiento de la sociedad.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia del consumo de drogas en los/as estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia en el consumo de drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) en los alumnos y alumnas de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.
- Conocer la prevalencia en el consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, alucinógenos, etc.), en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.
- Conocer las características relacionadas con la edad de inicio, frecuencia en el consumo, tanto de las drogas lícitas como ilícitas.
- Realizar una comparación con los resultados obtenidos de la investigación sobre la prevalencia del consumo de drogas del alumnado de Trabajo Social de La

Universidad de La Laguna, con los resultados obtenidos a nivel autonómico sobre el consumo de alcohol y drogas en la población en general.

3. MÉTODO

En esta investigación se lleva a cabo una metodología de investigación cuantitativa, la cual según Hueso y Cascant, (2012, p1) “se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando”.

La elaboración de este proyecto consta de diferentes apartados. En primer lugar, se lleva a cabo una formulación del proceso que incluye los siguientes apartados: fundamentación, antecedentes teóricos, objetivos generales y específicos, método, temporalización, y referencias bibliográficas.

Para la elaboración teórica se realiza un rastreo de diferentes fuentes bibliográficas, con el fin de poder llegar a una contextualización y comprensión del tema objeto de estudio. Del mismo modo, hemos hecho uso de diversos datos recopilados por internet, a través de la página oficial del Plan Nacional sobre Drogas, que ha sido uno de los mayores soportes documentales del siguiente proyecto, puesto que consta de información actualizada sobre el consumo de drogas a nivel nacional.

Así, una vez explicado cómo ha sido el proceso utilizado para la recogida de información teórica, pasamos a explicar el proceso práctico de la investigación.

Para comenzar hablaremos de la población objeto de estudio. Ésta, Según Hueso y Cascant (2012), se trata del conjunto total de individuos en el cual se pretende estudiar una determinada realidad. En este caso, la población se centra en los/as estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, que cuenta en la actualidad con un número total de 420 alumnos/as. No obstante, hemos recogido una muestra sobre la población de 150 alumnos/as, con una distribución por sexo poco significativa para la investigación, puesto que, en su mayoría son mujeres las que cursan los estudios del Grado de Trabajo Social. La distribución de encuestados por curso académico queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 3:
Relación de la población consultada por cursos

		Frecuencia	%
Curso	Primero	22	14,7
	Segundo	38	25,3
	Tercero	51	34,0
	Cuarto	39	26,0
	Total	150	100,0

El contacto con la población participante se llevó a cabo en el mes de mayo, concretamente la primera semana del mes, en horas lectivas. El procedimiento a seguir, en primer lugar, ha sido el contacto con el profesorado que impartía clases a los diferentes cursos del Grado de Trabajo Social, para explicarles en qué consiste la investigación y pedirles su colaboración para poder realizar las encuestas en el transcurso de sus clases.

Una vez obtenido el consentimiento del profesorado, se procedió a realizar los cuestionarios. Antes de comenzar con el reparto del mismo, se explicó en qué consistía la investigación, señalando en todo momento que la participación era voluntaria y los datos obtenidos eran de carácter confidencial. En el transcurso de la cumplimentación del cuestionario por parte de los/as participantes no se presentó ningún contratiempo. La mayoría de dudas que se formularon fueron de carácter léxico y de comprensión.

La técnica de recogida de datos utilizada en la investigación es la encuesta, (cuestionario). Según Hueso y Cascant (2012), la encuesta es una técnica de recolección de datos que nos permite recabar la información sobre la población objeto de estudio de la investigación.

Para la investigación hemos hecho uso de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas EDADES (anexo1), que lleva a cabo el Plan Nacional sobre Drogas de manera bienal a la población de entre 18 y 65 años. Al tratarse de una encuesta demasiado extensa, se suprimieron preguntas consideradas poco significativas para la investigación.

El cuestionario consta de un total de treinta y tres ítems, divididos en tres bloques. El primer bloque contiene las variables sociodemográficas, edad sexo, estado civil, tipo de convivencia, etc. El segundo bloque contempla las preguntas relacionadas con el consumo de las siguientes drogas: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis,

anfetaminas, alucinógenos y heroína. El último bloque recoge información sobre problemas sanitarios por consumo de drogas y dos ítems multirespuesta, dedicados a recoger información sobre las vías a través de las cuales han recibido o les gustaría recibir información sobre drogas.

Una vez obtenida la muestra se pasó a realizar el vaciado de los datos obtenidos, con la ayuda del programa Microsoft Excel 2013, el cual nos aportó las tablas y graficas correspondientes que han servido de soporte para la discusión y las conclusiones de la investigación.

3.1. HIPÓTESIS

A continuación se exponen las hipótesis que se plantearon con anterioridad a la realización de los cuestionarios, por parte del alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Hipótesis 1: El alumnado de Trabajo Social se considera relativamente feliz.

Hipótesis 2: Las drogas legales, (tabaco y alcohol), tienen mayor porcentaje de consumo que el resto de sustancias ilegales.

Hipótesis 3: La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 14 años.

Hipótesis 4: La mayoría de los/as estudiantes de Trabajo Social ha consumido alcohol en los últimos 30 días.

Hipótesis 5: La edad media de inicio en el consumo de tabaco se sitúa en torno a los 16 años.

Hipótesis 6: La edad media de inicio en el consumo de cannabis se sitúa en torno a los 17 años.

Hipótesis 7: La edad media de inicio en el consumo de cocaína, éxtasis y anfetaminas se sitúa en torno a los 22 años.

Hipótesis 8: Las sustancias como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas no presenta una alta prevalencia en el consumo en los/as estudiantes de Trabajo Social.

Hipótesis 9: El número de personas que han sido atendidas alguna vez en su vida, en servicios hospitalarios, por consumo de drogas es relativamente bajo.

Hipótesis 10: El número de personas que han iniciado tratamiento ambulatorio para dejar de consumir algún tipo de sustancias, tanto lícitas como ilícitas, es relativamente bajo.

Hipótesis 11: Una de las principales vías por la que les gustaría recibir información sobre drogas a los/as estudiantes de Trabajo Social es a través de los medios de comunicación.

Hipótesis 12: Recibir información sobre drogas a través de los agentes de policía no es común en la población objeto de estudio.

Hipótesis 13: Las charlas de prevención a las drogodependencias impartidas en los institutos es una de las principales vías por la cuales el alumnado de Trabajo Social ha recibido información sobre drogas.

3.2. VARIABLES

Las variables utilizadas para medir la incidencia en el consumo de drogas, en los y las estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, han sido las siguientes:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, etc.
- Percepción sobre el grado de felicidad.
- Edad de inicio consumo de sustancias.
- Frecuencia en el consumo de sustancias tóxicas.
- Problemas sanitarios o tratamientos ambulatorios motivados por el consumo de drogas.
- Vías por las que han recibido o les gustaría recibir información sobre drogas.

4. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos tras la realización de las encuestas al alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Para ello se han utilizado en su mayoría tablas de frecuencias y una serie de gráficas que muestran la edad de inicio en el consumo de las drogas con más incidencia de consumo.

4.1. RESULTADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ALUMNADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 4:

Características de la población consultada según el sexo

		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	24	16,0
	Mujer	126	84,0
	Total	150	100,0

Respecto al sexo como podemos observar en la tabla la población está muy feminizada. Las mujeres ocupan un 84% del total, frente a un 16% de hombres. Esta diferencia significativa con respecto al género fue prevista desde el inicio de la investigación, puesto que el alumnado de Trabajo Social en su mayoría está constituido por mujeres.

Tabla 5:

Características de la población consultada según la edad

		Frecuencia	%
Edad	17-19 años	11	7,3
	20-22 años	89	59,3
	23-25 años	20	13,3
	Más de 25 años	30	20,0
	Total	150	100,0

Respecto a la edad, la mayor parte de la población consultada un 59% tiene entre 20 y 22 años, seguidos por un 20% que tiene más de 25 años. Por último, un 13% tiene entre 23 y 25 años y apenas un 7% corresponden a estudiantes que tienen menos de 19 años.

Tabla 6:
Estado civil de la población consultada

		Frecuencia	%
Estado Civil	Soltero	142	94,7
	Casado/a	2	1,3
	Viudo/a	0	0,0
	Separado/a	0	0,0
	Otros	6	4,0
	NC	0	0,0
	Total	150	100,0

En lo que se refiere al estado civil, un 94% está soltero, por lo que la mayor parte de la población se encuentra en ese estado civil.

Tabla 7 :
Residencia habitual de la población consultada

		Frecuencia	%
Convivencia actual	Con pareja afectiva	11	7,3
	Con los padres	87	58,0
	Solo/a	23	15,3
	Otros	29	19,3
	Total	150	100,0

En relación a la residencia habitual de la población consultada un 58% convive con sus padres, seguidos por un 19% que convive con otros familiares o amigos. Por otro lado, un 15% reside habitualmente solo y un 7% con su pareja afectiva.

Tabla 8:
Situación Laboral de la población consultada

		Frecuencia	%
Situación Laboral	Trabaja	6	4,0
	Parado/a	4	2,7
	Estudiante	139	92,7
	Otros	1	0,7
	Total	150	100,0

Respecto a la situación laboral, un 92% de los encuestados son estudiantes, mientras que sólo un 4% combina los estudios con una actividad laboral. Por otra parte, un pequeño porcentaje un 7% de los consultados, señala que su situación laboral es otra no especificada y un 2,7% declara que su situación es parada.

Tabla 9:
Nivel de Felicidad de la población consultada

		Frecuencia	%
Nivel de felicidad (0 completamente infeliz, 1 completamente feliz)	1	1	7
	5	3	2,0
	6	6	4,0
	7	45	30,0
	8	59	39,3
	9	28	18,7
	10	8	5,3
	Total	150	100,0

En lo que se refiere al nivel de felicidad, la mayor parte de las personas se declaran más felices que no felices en la escala de 0 a 10, siendo 0 ninguna felicidad y 10 felicidad total. Un 62% pone una puntuación de 8 o más en esa escala de felicidad, con lo cual el grado de felicidad en la población consultada es muy alto.

4.2. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.

Tabla 10:

Prevalencia del consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

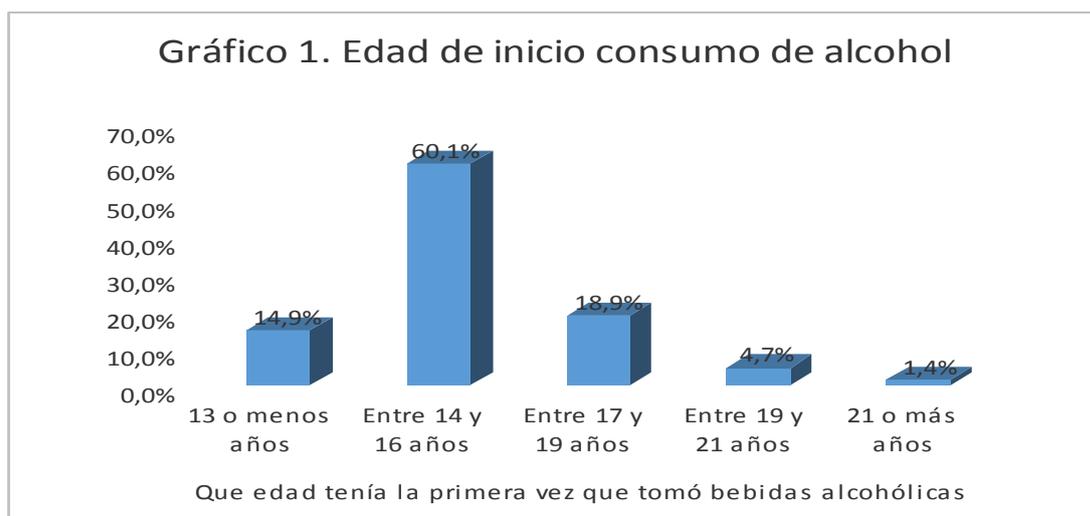
		Frecuencia	%
Ha tomado alguna vez en su vida bebidas alcohólicas	Si	148	98,70
	No	2	1,30
	Total	150	100,00

En relación al consumo de alcohol, alguna vez en la vida, los resultados muestran que un 98% de la población consultada señalan haber consumido alcohol en un algún momento de su vida, mientras que tan sólo un 1,30% afirman no haber consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida.

Tabla 11:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió bebidas alcohólicas

		Frecuencia	%
Qué edad tenía la primera vez que tomó bebidas alcohólicas	13 o menos años	22	14,90
	Entre 14 y 16 Años	89	60,10
	Entre 17 y 19 Años	28	18,90
	Entre 19 y 21 años	7	4,70
	21 o más años	2	1,40
	Total	148	100,00



En lo referente a la edad de inicio en el consumo de alcohol, como se puede observar en la tabla y en la gráfica anterior, fue mayoritariamente entre 14 y 16 años con un 60%, seguido de un 18% que se inició entre los 17 y 19 años, y de un 1,40% que señaló haberlo hecho a partir de los 21 años. Por otro lado, cabe destacar que casi un 15% consumió por primera vez alcohol antes de los 13 años.

Tabla 12:

Prevalencia del consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses	Entre 1-3 días	17	11,30
	Entre 4-9 días	25	16,70
	Entre 10-19 días	37	24,70
	Entre 20-29 días	18	12,00
	Entre 30 y 50 días	40	26,70
	Más de 150 días	3	2,00
	No he tomado en los últimos 12 meses	7	4,70
	Nunca he tomado	3	2,00
	Total	150	100,00%

Atendiendo al tramo temporal de los últimos 12 meses, un 26% ha consumido entre 30 y 50 días, mientras que un 24% ha consumido entre 10 y 19 días en el último año. Seguidamente, encontramos a un 16% que ha consumido bebidas alcohólicas entre 4 y 9 días y a un 12% que ha consumido alcohol entre 20 y 29 días el último año. Por último, cabe destacar que un 4% no ha tomado alcohol en los últimos 12 meses y un 2% nunca ha tomado.

Tabla 13:

Días en los que se han emborrachado, en los últimos 12 meses, el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Días que se han emborrachado en los últimos 12 meses	Entre 1-3 días	46	30,70
	Entre 4-9 días	23	15,30
	Entre 10 y 19 días	19	12,70
	Entre 20-29 días	11	7,30
	30 y más días	13	8,70
	No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses	4	2,70
	Nunca he tomado bebidas alcohólicas	3	2,00
	No me he emborrachado en los últimos 12 meses	15	10,00
	Nunca me he Emborrachado	16	10,70
	Total	150	100,00

Respecto al número de días que se han emborrachado en el último año, la población consultada, un 30% afirma haberse emborrachado entre 1 y 3 días, mientras un 15% lo ha hecho entre 4 y 9 días y un 12% entre 10 y 19 días. Por otro lado, cabe decir que un 10% señala no haberse emborrachado en el último año y un igual porcentaje nunca se ha emborrachado.

Tabla 14:

Prevalencia del consumo de alcohol, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	Entre 1-3 días	68	45,30
	Entre 4-9 días	39	26,00
	Entre 10 y 19 días	8	5,30
	30 y más días	1	0,70
	No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	32	21,30
	Nunca he tomado bebidas alcohólicas	2	1,30
	Total	150	100,00

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 45% de los encuestados/as ha tomado alcohol entre 1 y 3 días en el último mes. Por otro lado, un 26% tomó alcohol entre 4 y 9 días el último mes, mientras que un 21% destaca que no ha bebido alcohol en el último mes.

4.3. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.

Tabla 15:

Prevalencia del consumo de tabaco, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha fumado tabaco alguna vez en su vida	Si	110	73,3
	No	40	26,7
	Total	150	100

Como podemos observar en la tabla, un 73% de los/as estudiantes afirma haber fumado tabaco alguna vez en su vida, mientras que un 26% señala no haberlo probado en su vida.

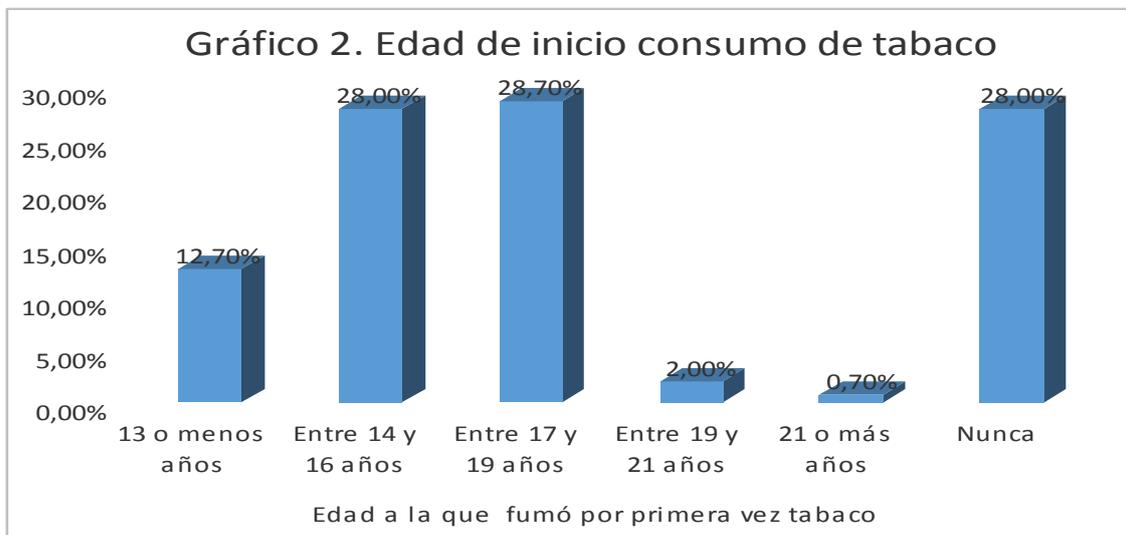
Tabla 16:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió tabaco

		Frecuencia	%
Edad a la que fumó por primera vez tabaco	13 o menos años	19	12,7
	Entre 14 y 16 años	42	28,0
	Entre 17 y 19 años	43	28,7
	Entre 19 y 21 años	3	2,0
	21 o más años	1	0,7
	Nunca	42	28,0
	Total	150	100,0

Gráfica 2:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió tabaco



En lo referente a la edad de inicio en el consumo de tabaco, como se muestra en tabla y gráfica anterior, un 28% afirma que se produjo entre los 17 y los 19 años. El mismo porcentaje de los consultados, afirma que fue entre 14 y 16 años, por lo que podemos afirmar que más de la mitad de la población probó el tabaco entre los 14 y los 19 años. Llama la atención que un 12% declare que consumió tabaco por primera vez con 13 años o menos, mientras que un 28% destaca que nunca ha probado el tabaco.

Tabla 17:

Prevalencia del consumo de tabaco, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	Menos de 30 días	44	29,3
	Más de 1 mes pero menos de un año	19	12,7
	Más de 12 meses	51	34,0
	Nunca he fumado	36	24,0
	Total	150	100,0

Respecto al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, un 34% señala que ha fumado por un periodo mayor a 12 meses, mientras un 29% ha fumado menos de 30 días en el último año y un 12% entre 1 mes y menos de 12 meses. Por último, un 24% declara que no ha fumado en el último año.

Tabla 18:

Prevalencia del consumo de tabaco diariamente en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Alguna vez en su vida ha fumado todos los días	Si	42	28,0
	No, no he fumado nunca todos los días	70	46,7
	No, nunca he fumado	38	25,3
	Total	150	100,0

En lo que se refiere a fumar todos los días, un 28% destaca que nunca ha fumado todos los días, mientras que un 28% declara que sí lo ha hecho. Por último, un 25% destaca que nunca ha fumado.

4.4. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 19:

Prevalencia del consumo de cannabis, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido cannabis alguna vez en su vida	Si	91	60,
	No	59	39,3
	Total	150	100,0

Como se observa en la tabla, un 60% de la población consultada, declara que alguna vez en su vida ha consumido cannabis, mientras un 39% niega haber consumido cannabis en su vida.

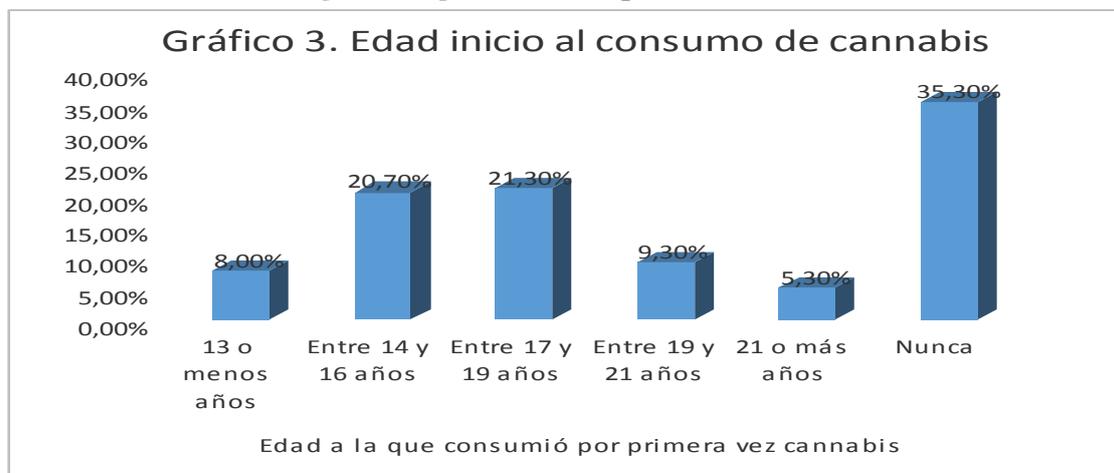
Tabla 20:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió cannabis

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez cannabis	13 o menos años	12	8,0
	Entre 14 y 16 años	31	20,7
	Entre 17 y 19 años	32	21,3
	Entre 19 y 21 años	14	9,3
	21 o más años	8	5,3
	Nunca	53	35,3
	Total	150	100,0

Gráfica 3:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió cannabis



Como se puede observar en la tabla y gráfica anterior, en lo referente a la edad de inicio en el consumo de cannabis, primeramente hay que destacar que un 35%, de la población consultada, señala que nunca lo ha consumido. Por otro lado, un 41% consumió cannabis la primera vez entre los 14 y 19 años, mientras que un 8% consumió cannabis con 13 años o menos.

Tabla 21:

Prevalencia del consumo de cannabis, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

	Frecuencia	%	
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	Entre 1-3 días	28	18,7
	Entre 4-9 días	6	4,0
	Entre 10-19 días	10	6,7
	Entre 20-29 días	8	5,3
	Entre 30 y 50 días	5	3,3
	Más de 150 días	3	2,0
	No he tomado en los últimos 12 meses	37	24,7
	Nunca he tomado	53	35,3
Total	150	100,0	

En lo referente al consumo de cannabis en el tramo temporal de los últimos 12 meses, como se observa en la tabla, un 18% señala que ha consumido cannabis entre 1 y 3 días, mientras que un 6% ha consumido entre 10 y 19 días y un 5% entre 20 y 29 días. Cabe destacar que un 24% no ha consumido cannabis en los últimos 12 meses mientras un 35% declara que nunca ha consumido cannabis.

Tabla 22:

Prevalencia del consumo de cannabis, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	Entre 1-3 días	14	9,3
	Entre 4-9 días	7	4,7
	Entre 10 y 19 días	1	0,7
	Entre 20-29 días	2	1,3
	30 y más días	2	1,3
	No he tomado en los últimos 30 días	68	45,3
	Nunca he tomado	56	37,3
	Total	150	100,0

En lo que respecta al consumo de cannabis en los últimos 30 días, un 9%, de la población consultada ha consumido entre 1 y 3 días, mientras que un 4,7% señala haber consumido un total de entre 4 y 9 días. No obstante, un 45% afirma no haber consumido cannabis en los últimos 30 días mientras que un 37% nunca ha consumido cannabis.

4.5. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE COCAÍNA EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 23:

Prevalencia del consumo de cocaína, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido cocaína alguna vez en su vida	Si	9	6,0
	No	141	94,0
	Total	150	100,0

En cuanto al consumo de cocaína, los datos muestran que la mayor parte de la población consultada, un 94%, nunca en su vida ha consumido cocaína, tan sólo un 6% del alumnado consultado señala haberlo hecho.

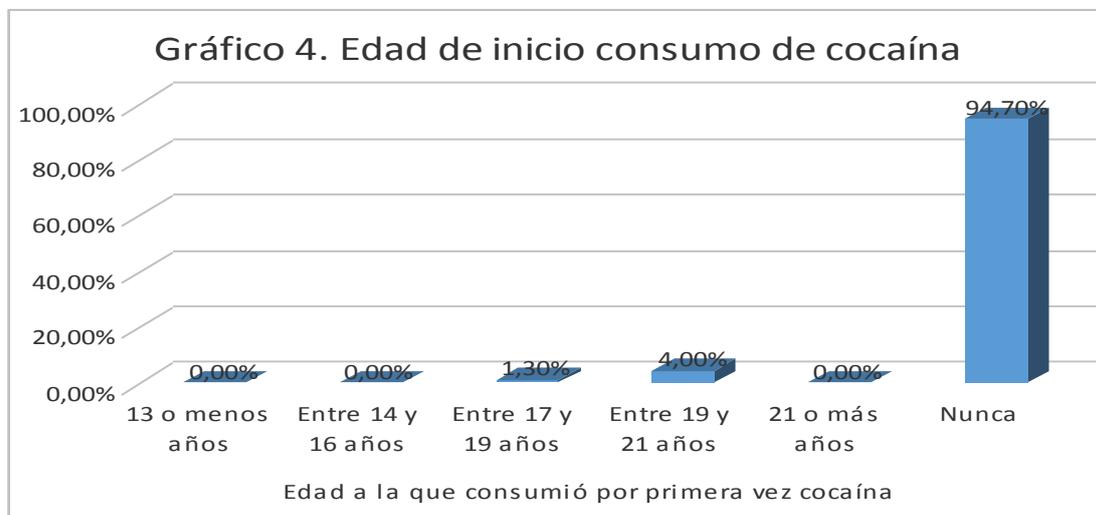
Tabla 24:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió cocaína

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez cocaína	13 o menos años	0	0,0
	Entre 14 y 16 años	0	0,0
	Entre 17 y 19 años	2	1,3
	Entre 19 y 21 años	6	4,0
	21 o más años	0	0,0
	Nunca	142	94,7
	Total	150	100,0

Gráfica 3:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió cocaína



Respecto a la edad de inicio en el consumo de cocaína, casi la totalidad de la población un 94% señala no haberla consumido nunca. No obstante, un 4% la probó entre los 19 y 21 años y un 1,30% la consumió por primera vez entre los 17 y 19 años.

Tabla 25:

Prevalencia del consumo de cocaína, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

	Frecuencia	%	
Prevalencia de consumo en los últimos 12 mese	Entre 1-3 días	6	4,0
	Entre 4-9 días	0	0,0
	Entre 10-19 días	0	0,0
	Entre 20-29 días	0	0,0
	Entre 30 y 50 días	0	0,0
	Más de 150 días	0	0,0
	No he tomado en los últimos 12 meses	3	2,0
	Nunca he tomado	141	94,0
	Total	150	100,0

En lo referente al consumo de cocaína en los últimos 12 meses, casi la totalidad de los consultados un 94%, afirma que nunca la ha consumido. No obstante, un 4% sí lo ha hecho en el último año y el resto un 2% señala haberla consumido, pero no en los últimos 12 meses.

Tabla 26:

Prevalencia del consumo de cocaína, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	Entre 1-3 días	2	1,3
	Entre 4-9 días	1	0,7
	Entre 10 y 19 días	0	0,0
	Entre 20-29 días	0	0,0
	30 y más días	0	0,0
	No he tomado en los últimos 30 días	6	4,0
	Nunca he tomado	141	94,0
	Total	150	100,0

Como se puede observar, casi la totalidad del alumnado consultado, un 94% señala no haber consumido cocaína en su vida. Asimismo, tan sólo un 1% afirma haberla consumido en los últimos 30 días y un 4% no la ha consumido en el último mes.

4.6. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ÉXTASIS U OTRAS DORGAS DE DISEÑO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 27:

Prevalencia del consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido éxtasis u otras drogas de síntesis alguna vez en su vida	Si	10	6,7
	No	140	93,3
	Total	150	100,0

Tal y como se refleja en la tabla el consumo de éxtasis u otras drogas de diseño, no se encuentra muy extendido entre la población consultada. Casi la totalidad del alumnado un 93% afirma no haberla probado, con respecto a un 7% que sí lo ha hecho en algún momento de su vida.

Tabla 28:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió éxtasis u otras drogas de diseño.

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez éxtasis u otras drogas de síntesis	13 o menos años	0	0,0
	Entre 14 y 16 años	0	0,0
	Entre 17 y 19 años	3	2,0
	Entre 19 y 21 años	5	3,3
	21 o más años	2	1,3
	Nunca	140	93,3
	Total	150	100,0

Respecto a la edad de inicio, exceptuando un 93% que nunca ha consumido éxtasis u otras drogas de síntesis, un 5% se inició entre los 17 y los 21 años.

Tabla 29:

Prevalencia del consumo, de éxtasis u otras drogas de diseño, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	Si	6	4,0
	No	144	96,0
	Total	150	100,0

Se puede observar claramente como un 96% señala no haber consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses y tan sólo un 4% de la muestra afirmo haber consumido en ese periodo.

Tabla 30:

Prevalencia del consumo, de éxtasis u otras drogas de diseño, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	Si	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

Como se puede observar en la tabla, en el periodo temporal de los últimos 30 días, ningún encuestado/a ha consumido éxtasis u otras drogas de síntesis.

4.7. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ANFETAMINAS O SPEED EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 31:

Prevalencia del consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido anfetaminas o speed alguna vez en su vida	Si	2	1,3
	No	148	98,7
	Total	150	100,0

Se puede observar claramente que casi la totalidad de la población un 98,7% señala no haber consumido nunca anfetaminas o speed.

Tabla 32:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió anfetaminas o speed.

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez anfetaminas o speed	13 o menos años	0	0,0
	Entre 14 y 16 años	0	0,0
	Entre 17 y 19 años	0	0,0
	Entre 19 y 21 años	1	0,7
	21 o más años	1	0,7
	Nunca	148	98,7
	Total	150	100,0

En lo que se refiere a la edad de inicio del consumo de anfetaminas o Speed, un 1,4% lo consumió por primera vez con más de 19 años, mientras un 98,7% nunca lo ha consumido.

Tabla 33:

Prevalencia del consumo, de anfetaminas o speed, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido anfetaminas o speed en los últimos 12 meses	Si	2	1,3
	No	148	98,7
	Total	150	100,0

Como se puede observar el consumo de anfetaminas o de speed en lo últimos 12 meses, en la población consultada no es significativo ya que un 98% señala que no lo ha consumido en los últimos 12 meses y algo más de un 1% si lo ha hecho en ese período.

Tabla 34:

Prevalencia del consumo, de éxtasis u otras drogas de diseño, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido anfetaminas o speed en los últimos 30 días	Si	1	0,7
	No	149	99,3
	Total	150	100,0

Como podemos observar en la tabla en los últimos 30 días, sólo una persona de las encuestadas ha consumido anfetaminas o speed.

4.8. RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 35:

Prevalencia del consumo de alucinógenos, alguna vez en la vida, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido alucinógenos alguna vez en su vida	Si	2	1,3
	No	148	98,7
	Total	150	100,0

El consumo de alucinógenos en la población consultada no es significativo, pues como se observa más de un 98% nunca ha consumido alucinógenos, con respecto al 1,3% que sí lo ha hecho.

Tabla 36:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió alucinógenos

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez alucinógenos	13 o menos años	0	0,0
	Entre 14 y 16 años	0	0,0
	Entre 17 y 19 años	0	0,0
	Entre 19 y 21 años	1	0,7
	21 o más años	1	0,7
	Nunca	148	98,7
	Total	150	100,0

Respecto a la edad de inicio del consumo de alucinógenos, un 1,4% se inició con 19 años o más, al igual que ocurrió con la edad de inicio del consumo de anfetaminas o speed.

Tabla 37:

Prevalencia del consumo de alucinógenos, en los últimos 12 meses, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		frecuencia	%
Ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses	Si	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

En lo referente al consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, como se puede observar en la tabla ningún encuestado/a ha consumido alucinógenos.

Tabla 38:

Prevalencia del consumo, de alucinógenos, en los últimos 30 días, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días	Si	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

En lo referente al consumo de alucinógenos en los últimos 30 días, ninguno de los/as estudiantes consultados ha consumido alucinógenos.

4.9. RESULTADOS REFERENTES A TRATAMIENTOS O ASISTENCIAS AMBULATORIAS POR CONSUMO DE DROGAS, EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 39:

Asistencia por servicios médicos de urgencias, en los últimos 12 meses, por consumo de drogas en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha sido atendido en los últimos 12 meses por algún servicio médico	Nunca	149	99,3
	Una	1	0,7
	Total	150	100,0

En lo referente al número de veces que han sido atendidos por servicios de urgencias por consumo de drogas, tan sólo una persona señala haber sido atendido en una ocasión.

Tabla 40:

Inicio de tratamientos ambulatorios para reducir el consumo de alguna droga, en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

		Frecuencia	%
Alguna vez en la vida ha iniciado tratamiento ambulatorio para reducir el consumo de alguna droga	Si	1	0,7
	No	149	99,3
	Total	150	100,0

Sólo una persona de la muestra ha acudido alguna vez en su vida a un tratamiento ambulatorio para reducir el consumo de tabaco.

4.10 PRINCIPALES VIAS POR LAS QUE HAN RECIBIDO O LES GUSTARIA RECIBIR INFORMACION, LA POBLACION UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 41:

Principales vías a través de las cuales han recibido información sobre drogas, la población universitaria del grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

	Frecuencia	%	
Vías a través de las cuales ha recibido información sobre drogas (respuesta múltiple)	Internet	94	62,7
	Redes Sociales	76	50,7
	Padres/Familiares	79	52,
	Amigo/Conocido/Compañero de trabajo	57	38,0
	Profesionales sociosanitarios	42	28,0
	Profesores/as	74	49,3
	Charlas o cursos sobre drogas	116	77,3
	Medios de Comunicación	78	52,0
	Policía	10	6,7
	Otras	6	4,0
	No he recibido información sobre drogas	7	4,7

Como se puede observar en la tabla, un 77% ha recibido información a través de cursos o charlas sobre drogas. Asimismo, un 62% ha recibido información por internet y un 52% a través de padres/familiares y en un mismo porcentaje a través de medios de comunicación. Seguidamente, un 50% la recibió a través de las redes sociales, mientras un 49% recibió información sobre drogas a través de profesores. Seguidamente, un 38% señaló que fue a través amigos y un 28% a través de profesionales sociosanitarios. Sólo un 6% recibió información a través de la Policía, mientras un 4,7% de la muestra nunca ha recibido información.

Tabla 42:

Principales vías por las cuales les gustaría recibir información sobre drogas, la población universitaria del grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

		Frecuencia	%
Vías a través de las cuales le gustaría recibir información sobre drogas	Internet	47	32,0
	Redes Sociales	50	34,0
	Padres/familiares	35	23,8
	Amigo/conocido/compañero de trabajo	18	12,2
	Profesionales sociosanitarios	80	54,4
	Profesores/as	59	40,1
	Charlas o cursos sobre drogas	83	56,5
	Medios de comunicación	76	51,7
	Policía	39	26,5
	Otras	15	10,2
	No le gustaría recibir información sobre drogas	2	1,4

Respecto a las vías por las que les gustaría recibir información sobre drogas, los/as estudiantes consultados, un 56% le gustaría recibirla a través de charlas o cursos sobre drogas, un 54% a través de profesionales sociosanitarios y un 51% a través de los medios de comunicación. Por otro lado, un 40% le gustaría recibir información de los profesores, mientras que un 34% le gustaría a través de las redes sociales y un 32% a través de internet. Seguidamente, a un 23% le gustaría recibir información a través de los padres o familiares, mientras que a un 26% le gustaría recibir información a través de la policía.

5. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados de la investigación, procederemos a contrastar las hipótesis planteadas con anterioridad a la realización del estudio referente a la prevalencia en el consumo de drogas en el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La laguna. Conjuntamente, se realizará una comparación de los resultados obtenidos en la presente investigación, con los datos publicados por el Gobierno de Canarias, que dio a conocer la encuesta sobre alcohol y otras drogas 2013 (EDADES), referentes al consumo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Hipótesis nº1: El alumnado de Trabajo Social se considera relativamente feliz.

Como se ha podido observar en los resultados obtenidos, los y las estudiantes de Trabajo Social, que han sido consultados, señalan que su grado de felicidad se encuentra sobre una media de 8 en una escala realizada del 0 al 10, donde 0 sería muy infeliz y 10 equivale a muy feliz. Por tanto, la hipótesis planteada con anterioridad es cierta, ya que la población consultada se considera plenamente satisfechas con su vida personal. Aunque es importante señalar que la felicidad es algo muy subjetivo, que dependerá de lo que significa ese estado para cada individuo.

No obstante, no existe un estudio realizado a nivel autonómico sobre el grado de felicidad de los jóvenes, pero si se ha llevado a cabo a través del Instituto de la Juventud en España, (INJUVE), un estudio sobre el bienestar y felicidad de la juventud española en 2012, y señalo que la media de felicidad de los jóvenes consultados se encontraba en un 8, en una escala del 0 al 10. Por lo tanto, si observamos los resultados obtenidos en la presente investigación al alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, vemos que es similar al mostrado por el Instituto y el grado de felicidad es bastante elevado en los consultados de ambas investigaciones.

Hipótesis nº2: Las drogas legales, (tabaco y alcohol), tienen mayor porcentaje de consumo que el resto de sustancias ilegales.

En lo referente al consumo de drogas legales, el alcohol y el tabaco, se sitúan en los primeros puestos de prevalencia de consumo en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Si realizamos una comparación con los datos publicados a nivel autonómico, observamos como los resultados son similares, puesto que en Canarias

un 91,6% de la población en edades comprendidas entre 15 a 64 años, ha consumido alcohol alguna vez en su vida, seguido de un 71,5% que afirmaron haber consumido tabaco, en alguna ocasión. Por lo tanto, los datos referentes al consumo de sustancias tóxicas en el alumnado de Trabajo Social son similares a la media obtenida en la Comunidad.

Hipótesis nº3: La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 14 años.

En lo referente a la edad de inicio en el consumo de alcohol, hemos podido observar que se encuentra entre las sustancias de inicio más temprano, en torno a los 14 y 16 años. Según Serapio (2006), este hecho no es de extrañar, los últimos estudios sociológicos indican que cada vez los adolescentes se introducen en el consumo de sustancias psicoactivas a edades más tempranas. En este sentido, señalan que una posible causa del inicio temprano en el consumo de sustancias psicoactivas, puede deberse a los diversos cambios sociales que ha dado la sociedad actual, sobre todo en las sociedades industrializadas. La revolución tecnológica supone uno de los mayores pasos que ha dado la humanidad, y en este sentido es posible que los jóvenes de hoy, se adelanten a los tiempos y puedan acceder a información que en antaño estaba reservada para los adultos.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la presente investigación señalan una edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas entre los 14 y 16 años. Este hecho es relevante ya que la media de Canarias, se sitúa en torno a los 17 años, por lo tanto la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en el alumnado de Trabajo Social se sitúa a una edad más temprana que la media a nivel autonómico.

Hipótesis nº4: La mayoría de los/as estudiantes de Trabajo Social ha consumido alcohol en los últimos 30 días.

Atendiendo a la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias tóxicas, se previó que el consumo de alcohol en los últimos 30 días, era muy posible en la población universitaria del Grado de Trabajo Social. Una de las razones para plantear las hipótesis, ha sido la prevalencia de consumo de los jóvenes los fines de semana y en su tiempo de ocio. Una vez contrastados los resultados podemos afirmar que la hipótesis es cierta, ya que la mayoría de alumnado ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. No

obstante, la incidencia es baja, ya que la mayoría señaló haberlo consumido entre 1 y 3 días como máximo.

Comparando los resultados con los datos publicados por el Gobierno de Canarias, sobre la incidencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días, un 4,8% señaló haber consumido alcohol en los últimos 30 días, con respecto a un 9,8% si hablamos a nivel nacional. Por lo que podemos señalar que el consumo diario de alcohol, en Canarias se encuentra menos extendido, que a nivel nacional, y que ocurre lo mismo cuando hablamos del alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Hipótesis nº5: La edad media de inicio en el consumo de tabaco se sitúa en torno a los 16 años.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, atendiendo a los datos obtenidos, observamos cómo se sitúa casi de manera similar en los intervalos de edad entre 14 y 16 años y los 17 y 19 años. Comparando los resultados con los datos de Canarias, los cuales sitúan una edad media de inicio en el consumo de tabaco en torno a los 16 años, observamos cómo se aproximan, pero si existe un porcentaje significativo de alumnos/as que señalan haber probado el tabaco a una edad más avanzada.

Según Becoña (1999), una posible explicación de la incidencia en el consumo de tabaco es que no existe percepción del riesgo asociado a su consumo. Tanto los adolescentes como los jóvenes adultos, han observado como en su entorno más cercano se consumen las drogas legales (tabaco y alcohol) sin ningún tipo de restricción. Este hecho, junto con los medios de comunicación que refuerzan actitudes positivas frente al consumo de este tipo de sustancias legales, llevan a los jóvenes a normalizar el acto de fumar y de consumir bebidas alcohólicas.

Hipótesis nº6: La edad media de inicio en el consumo de cannabis se sitúa en torno a los 17 años.

La edad de inicio en el consumo de cannabis en los y las estudiantes de Trabajo Social, se sitúa entre los 14 y 16 años. Si lo comparamos con la edad media de inicio en Canarias que se sitúa en los 18 años, observamos como el alumnado empieza a una edad más temprana. Este hecho es preocupante dada la elevada incidencia de esta sustancia, sobre todo entre los más jóvenes. Por lo tanto, la hipótesis planteada con anterioridad no es

cierta y el consumo de cannabis, en el alumnado de Trabajo Social se sitúa en una edad más temprana incluso que la media autonómica. Con anterioridad al estudio se señaló una edad de inicio más tardía que la del tabaco y el alcohol, puesto que las drogas legales presentan una edad de inicio en el consumo más temprana.

Hipótesis nº7: La edad media de inicio en el consumo de cocaína, éxtasis y anfetaminas se sitúa en torno a los 22 años.

Si bien, el consumo de cocaína por parte de los consultados es casi inexistente, la muestra que sí afirmó haberla consumido, situó una edad de inicio entre los 19 y 21 años. Lo mismo ocurre en el caso de sustancias como el éxtasis o las anfetaminas, los resultados muestran una incidencia de consumo muy baja, pero atendiendo a los que sí afirmaron haberla consumido, observamos que las edades de inicio en el consumo de este tipo de sustancias se sitúan entre los 19 y los 21. Por lo tanto, la hipótesis no es cierta pero se aproxima mucho a la realidad, en el sentido que se ha pronosticado una edad de inicio más tardía que para el resto de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cannabis. No obstante, no existe diferencia entre los resultados obtenidos en la investigación al alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, y los datos publicados por el Gobierno de Canarias, los cuales sitúan una edad de inicio en el consumo de cocaína, éxtasis o anfetaminas, entre los 20 y 21 años.

Hipótesis nº8: Las sustancias como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas no presenta una alta prevalencia en el consumo en los/as estudiantes de Trabajo Social.

Según el Plan Nacional sobre Drogas, el consumo de sustancias como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas, se ha estabilizado o incluso ha descendido en los últimos años. Si atendemos a los resultados obtenidos en la investigación ,como se ha mencionado con anterioridad, el consumo de las sustancias ilegales como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas, no representa índices de consumo significativos, por lo tanto podemos afirmar que es casi inexistente y que la hipótesis planteada es cierta.

Atendiendo a los resultados obtenidos en Canarias, observamos como la cocaína es la segunda sustancia ilegal más consumida en el archipiélago, aunque su consumo en los últimos 30 días, no es significativo, seguido del consumo de éxtasis o de anfetaminas. Por lo tanto, los resultados del alumnado de Trabajo Social, son similares a la media obtenida

en el archipiélago y el consumo de este tipo de sustancias tóxicas no presenta índices elevados de consumo.

Hipótesis nº9: El número de personas que han sido atendidas alguna vez en su vida, en servicios hospitalarios, por consumo de drogas es relativamente bajo.

La atención en servicios hospitalarios por consumo de drogas no es que sea relativamente bajo en el alumnado de trabajo social, es casi inexistente. Tan sólo una persona señaló que en algún momento de su vida acudió a un servicio de urgencias por algún tipo de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, atendiendo a los datos obtenidos podemos señalar que la hipótesis planteada en un primer momento es cierta y que no existe incidencia importante en la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Hipótesis nº10: El número de personas que han iniciado tratamiento ambulatorio para dejar de consumir algún tipo de sustancias, tanto lícitas como ilícitas, es relativamente bajo.

Lo mismo ocurre en el caso de los tratamientos ambulatorios para abandonar algún tipo de consumo perjudicial. Los resultados señalan que solo dos personas han iniciado algún tipo de tratamiento, por lo tanto la hipótesis planteada a priori, es cierta.

No obstante, señalar que no existe referencia en el estudio realizado a nivel autonómico referente a este tipo de tratamientos, por lo tanto no se puede realizar una comparativa entre los dos estudios.

Hipótesis nº11: Una de las principales vías por la que les gustaría recibir información sobre drogas a los/as estudiantes de Trabajo Social es a través de los medios de comunicación.

Por otra parte, se le preguntó al alumnado sobre las vías a través de las cuales les gustaría recibir información sobre drogas. En un primer momento creíamos que los medios de comunicación se convertirían en el medio elegido para recibir información sobre drogas, sin embargo, éste no ha sido elegido como uno de los medios principales, y en su lugar señalaron como medio favorito las charlas o cursos sobre drogas. Este resultado se aleja

de los publicados a nivel autonómico que sitúan los medios de comunicación como medio preferido para recibir información sobre drogas.

Hipótesis nº12: Recibir información sobre drogas a través de los agentes de policía no es común en la población objeto de estudio.

Lo mismo ocurre con la información transmitida a través de los agentes de seguridad. Al término de la investigación, y una vez volcados los datos se ha contrastado la hipótesis y observamos que es verdadera, y que no es frecuente obtener información a través de la policía. Por lo tanto, los datos son similares a los obtenidos en Canarias e incluso a nivel nacional, los cuales señalan que recibir información a través de agentes de seguridad o a través de profesionales sociosanitarios no es frecuente.

Hipótesis nº13: Las charlas de prevención a las drogodependencias impartidas en los institutos es una de las principales vías por la cuales el alumnado de Trabajo Social ha recibido información sobre drogas.

Cuando hablamos de las principales fuentes de información sobre drogas, el alumnado consultado ha señalado que han recibido información sobre drogas, principalmente a través de charlas de prevención. Por lo tanto, la hipótesis planteada con anterioridad es cierta y las charlas sobre drogas, se convierten en la vía principal para recibir información referente al consumo de drogas. Estos resultados no coinciden con los publicados por el Gobierno de Canarias, los cuales señalan los medios de comunicación y el entorno más cercano como principales fuentes de información sobre drogas.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El objetivo principal que motivo el desarrollo de la presente investigación ha sido conocer la incidencia en el consumo de drogas en el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La laguna. Para ello, se llevó a cabo una investigación cuantitativa, la cual nos aportó los datos necesarios para desarrollar las siguientes conclusiones.

En relación a los datos sociodemográficos, podemos observar como la mayoría de los encuestados son mujeres. Este hecho no es relevante, ya que desde un principio se contaba con que casi la totalidad del alumnado del Grado de Trabajo Social está constituido por mujeres en edades comprendidas entre los 19 y 24 años, solteras que viven con sus padres o compartiendo piso.

En cuanto al consumo de alcohol, casi la totalidad de la población señala haber consumido alcohol en algún momento de su vida, con una edad de inicio entre 14 y 16 años. Este resultado era esperado ya que el consumo de alcohol está bastante extendido, sobre todo entre los más jóvenes. No obstante, señalar que a pesar de ser la sustancia con mayor incidencia de consumo, los resultados muestran que hacen un uso moderado de las bebidas alcohólicas sin llegar a convertirse en un consumo abusivo.

Por otro lado, un porcentaje bastante significativo, afirma haber consumido tabaco alguna vez en su vida, con una edad de inicio entre los 14 y 19 años. Sin embargo, cuando se les pregunta por el consumo en el periodo temporal de los últimos 30 días, se observa como casi la totalidad de la población consultada señala no haberlo consumido. Por lo tanto, se puede deducir que es un consumo ocasional, esporádico sin que exista una dependencia a la sustancia.

Al analizar el consumo de sustancias ilegales, observamos como el cannabis es la sustancia más consumida, con una edad de inicio entre los 14 y 19 años. No obstante, señalar que a pesar de ser la sustancia que más personas afirman haberla probado alguna vez en su vida, cuando se les pregunta sobre el consumo en los últimos 12 meses, existe un porcentaje mayor de alumnos/as que señalan no haberla consumido en ese periodo. Este resultado muestra que no existe una alta prevalencia en el consumo, y este hecho si es significativo, al tratarse de una sustancia que presenta índices elevados de consumo diario, e incluso de jóvenes que presenta un consumo problemático de cannabis.

En cuanto al consumo de cocaína, éxtasis o anfetaminas, casi la totalidad de la muestra afirma no haberla consumido nunca. No obstante, los que sí señalaron haber consumido alguna vez, este tipo de sustancias, apuntaron una edad de inicio entre los 19 y 21 años. Como podemos observar el porcentaje es relativamente bajo, para poder señalar que existe un uso de las sustancias por parte del alumnado consultado, que sí afirmó haberla consumido. Por lo tanto, volvemos a señalar que el consumo de este tipo de sustancias no es habitual, y que ni siquiera existe un consumo esporádico en casi la totalidad de los/as encuestados/as.

El resto de sustancias que han sido estudiadas como los alucinógenos y la heroína, no presentan prevalencia de consumo, el total de la población señaló no haberla consumido.

En lo referente a problemas sanitarios o tratamientos ambulatorios motivados por el consumo de drogas, no existe incidencia por parte de los encuestados, tan solo dos personas señalaron haber sido atendido en alguna ocasión por consumo de drogas. En este sentido volvemos a señalar lo dicho anteriormente, y es que no existe un abuso de las sustancias ni siquiera del alcohol, que es la sustancia que provoca más asistencias hospitalarias, por borracheras graves.

Otra de las cuestiones que se han estudiado son las vías por las cuales han recibido información de drogas. Los/as estudiantes han señalado que la principal fuente de información han sido las charlas o cursos sobre drogas, seguido de información a través de internet, de los medios de comunicación y por parte del entorno más cercano constituido por familiares y amigos. Este resultado, como se ha mencionado con anterioridad, es diferente al publicado por el Gobierno de Canarias el cual señaló a los medio de comunicación como fuente principal de información sobre drogas. Del mismo modo, se les pregunto cuáles serían las vías favoritas para recibir información sobre drogas y señalaron, en primer lugar, a través de charlas o cursos sobre drogas, seguido de información impartida por profesionales sociosanitarios y de los medios de comunicación.

A continuación, atendiendo a lo expuesto con anterioridad se llevarán a cabo una serie de propuestas que servirán como conclusión del presente estudio.

- Llevar a cabo más charlas preventivas relacionadas con el consumo de drogas.

- Llevar a cabo una investigación más enfocada en los factores de protección que están incidiendo en la baja incidencia en el consumo de drogas en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.
- Comparar los resultados obtenidos en la presente investigación, dirigida a la población universitaria del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, con otros llevados a cabo en diferentes universidades españolas, para comprobar si se han obtenido los mismos resultados de baja incidencia en el consumo de drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barra, A. y Diazconti, R. (2013). Guía para el debate. *Las diferencias entre el uso abuso y la dependencia de las drogas*. México: Espolea. Recuperado el 28 de mayo de:
http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gpd_uso_abuso_final.pdf
- Barranco, C. (2008): *Introducción al Trabajo Social Historia Naturaleza y Ámbitos profesionales*. La Laguna: fotocopias Drago.
- Barranco, C., Cortázar, E. y Henríquez R. (2012). Historia del Trabajo Social en Tenerife. Miradas apreciativas sobre los estudios la profesión y la investigación. *Revista Atlántida*, 17-48. Recuperado de: Universidad de La Laguna, el 5 de junio de 2015 de
:<http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20ATLANTIDA/4%20%202012/textos%20completos/01.pdf>
- Barranco, C., Henríquez, R. Y Santana, J.D. (2009). El Grado en Trabajo Social en la Universidad de La Laguna: una mirada hacia la trayectoria histórica de esta disciplina y profesión. *Revista Atlántida*, 129-145. Recuperado de: Universidad de La Laguna, el 4 de junio de 2015 de:
<http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20ATLANTIDA/1%20%202009/06%20Barranco%20y%20otros.pdf>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*: Madrid. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

- Becoña, E. y Cortés, M. (coords.) (2011). *Manual de adicciones para los psicólogos especialistas en psicológica clínica en formación*. Valencia: socidroalcohol.
- Carpentieri, M. Cejas, M. García, M. N. Puyol, B. Santana, T. y Tosco, P. *Cuaderno de información para profesores sobre drogas*. (1997). Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.
- De Lucas, G. (2014). *Factores de riesgo y de protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Del moral, M. y Fernández, P. (2009). *Conceptos fundamentales en drogodependencias* (prólogo 1) en P. Lorenzo, J. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain (Eds.). Madrid: editorial Panamericana.
- Del Rosario, M. (2003). *Consumo de drogas en adolescentes: Diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, (2013). Recuperado el 1 de junio de 2015 de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>.
- Díaz, R. Y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Departamento de psicología y sociología. Universidad de Zaragoza.
- Gobierno de Canarias Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Edades*. Canarias (2013). Recuperado el 28 de abril de:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/833cc268-c1a1-11e4-9c47-1d0b77f85b87/ENCUESTA2013.pdf>

http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDgQFjAE&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3130577.pdf&ei=JZBxVeKhFobkUYH9goAD&usg=AFQjCNEVfa8Brs-gYKpGfOdqPf5mA7Di_A

- Hueso, A. y M^o J, Cascant. (2012). *Metodología y Técnicas cuantitativas de investigación*. Cuadernos docentes en proceso de desarrollo n^o1: Universitat Politècnica de Valencia. recuperado el 14 de mayo de 2015 de: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%25C3%25ADa%2520y%2520t%25C3%25A9cnicas%2520cuantitativas%2520de%2520investigaci%25C3%25B3n_6060.pdf?sequence=3
- Laespada, T. Iraurgi. L. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo explicativo del consumo de drogas en los Jóvenes de CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Recuperado el 15 de mayo de 2015 de: http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas. (2014). Recuperado el 11 de mayo de 2015 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001E_SN.pdf
- Oteo, A. (2009). Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española. *Revista de estudio de la juventud*. 84, 1-178. Recuperado el 10 de junio de 2015 de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-11.pdf>
- Palacios, D. y Ramón, E. (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre

Drogas: Ministerio del Interior. Recuperado el 19 de junio de 2015 de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/femp.pdf>

- Pascual, C., Cavestany, M., Moncada, S. Melero, JS. y J.C y Pérez, J.A. *Guía sobre drogas, (2003)*.Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. recuperado el 12 de mayo de 2015 de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/dir.pdf>
- Peñafiel, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes.* (32), 147-173.Recuperado de: Dialnet el 4 de junio de 2015 de:
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas, (2012). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2013).* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 16 de junio de 2015 de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Santolaya, F. y Palmerin, A. (coord.) (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes.* Visión diferencial para ambos sexos. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid. Recuperado el 4 de junio de 2015 de
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Consejo_General_de_Colegios_Oficiales_de_Psicologos_\(2008\)_Guia_para_la_prevenccion_del_consumo_de_cannabis_en_poblacion_vulnerable_e_inmigrantes._Vision_diferencial_para_ambos_sexos.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Consejo_General_de_Colegios_Oficiales_de_Psicologos_(2008)_Guia_para_la_prevenccion_del_consumo_de_cannabis_en_poblacion_vulnerable_e_inmigrantes._Vision_diferencial_para_ambos_sexos.pdf)

- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. Proyecto Hombre Asturias. Recuperado el día 25 de abril de: http://www.proyctohombrestur.org/fotos/estudio_oviedo.PD
- Serapio, A. (2006). Realidad Psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo: *Revista de Estudios de Juventud*, 73. Recuperado el 4 de junio de 2015 de: http://www.injuve.es/sites/default/files/revista73_1.pdf
- Universidad de La Laguna. Grado en Trabajo Social: Objetivos y competencias. Recuperado el 6 de junio de 2015 de: http://www.ull.es/vhttp://www.ull.es/view/centros/fcps/Objetivos_y_competencias/esiew/centros/.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ALUMNADO DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



Julio de 2015

Julio de 2015

Estimado compañero/a, mi nombre es Nuria Pérez García, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado, sobre el consumo de drogas en los alumnos/as de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna y para ello necesito de vuestra colaboración.

El siguiente cuestionario, adaptado de la encuesta representativa sobre el Uso de Alcohol y otras Drogas en Población en General (EDADES), se lleva a cabo a través del Plan Nacional sobre Drogas y contiene preguntas sobre las drogas más consumidas según los últimos datos publicados. Se ruega contestar con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta de que no existen respuestas correctas ni incorrectas y que el cuestionario es totalmente confidencial. Gracias por su colaboración.

Cuestionario sobre el consumo de drogas en los alumnos/as del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

P.1 Sexo:

- (1) Hombre
- (2) Mujer

P.2 Edad.....

P.3 Estado civil:

- (1) Soltero
- (2) casado/a
- (3) Viudo/a
- (4) Separado/a
- (5) Otros

(6) N.C

P.4 ¿Con quién vives actualmente?

- (1) Con pareja afectiva
- (2) Con los padres
- (3) Sola
- (4) Otros (especificar)

P.5 En este momento, ¿Cuál es tu situación laboral?

- (1) Trabaja
- (2) Parado/a
- (3) Estudiante
- (4) Otra situación

P.6 En términos generales ¿En qué medida te consideras una persona feliz o infeliz? Por favor, use una escala de 0 a 10 en la que 0 significa que se considera “completamente infeliz” y 10 “completamente feliz”.

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ALCOHOL
Marque con una X la casilla correspondiente a su respuesta. Recuerde que sólo ha de marcar una casilla en cada pregunta
Se considera bebida alcohólica cualquier tipo de sustancia que contenga alcohol, entre las que se incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Vino• Cerveza• Aperitivos• Combinados, cubatas (copas de bebidas de alta graduación mezcladas con refrescos o zumos,.... Se incluyen los mojitos)• Licores de frutas• Licores fuertes o bebidas destiladas (coñac, Brandy, ginebra, ron, wiski, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo...)

P.7 ¿Ha tomado usted, ALGUNA VEZ, en su vida, cualquier clase de bebida alcohólica?

Sí, alguna vez he tomado una bebida alcohólica.....

Nunca he tomado una bebida alcohólica.....

P.8 ¿Qué edad tenía LA PRIMERA VEZ que tomó cualquier clase de bebida alcohólica? No incluye sorbos de la bebida de otra persona

Si no puede recordar la edad exacta que tenía, indique la edad aproximada. En el caso de no haber tomado marque la casilla con una X.

Anote la edad del primer consumo de cualquier bebida alcohólica_____ años.

Nunca he tomado una bebida alcohólica alcohólica.....

P.9 Ahora piense en los últimos 12 meses ¿cuántos días tomó Vd. Una o más bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?

Entre 1-3 días		Entre 30-150 días	
Entre 4-9 días		Más de 150 días	
Entre 10-19 días		No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses	
Entre 20-29 días		Nunca he tomado bebidas alcohólicas	

P.10 durante estos últimos 12 meses ¿cuántos días se ha emborrachado?

Entre 1-3 días		No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses	
Entre 4-9 días		Nunca he tomado bebidas alcohólicas	
Entre 10-19 días		No me he emborrachado en los últimos 12 meses	
Entre 20-29 días		Nunca me he emborrachado	
30 días o más			

P.11 Centrándose en los últimos 30 días ¿cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas?

Entre 1-3 días		30 días	
Entre 4-9 días		No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	
Entre 10-19 días		Nunca he tomado bebidas alcohólicas	
Entre 20-29 días			

TABACO
Marque con una “ X” la casilla correspondiente a su respuesta

P.12 ¿Ha fumado Vd. alguna vez en su vida, un cigarrillo u otro tipo de tabaco (puros o pipas), aunque fuera sólo una o dos caladas?

Sí, he fumado un cigarrillo alguna vez en la vida.....

Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco.....

P.13 ¿Qué edad tenía Vd. cuando fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco por PRIMERA VEZ, aunque fuera sólo una o dos caladas?

Si no puede recordar la edad exacta que tenía, indique la edad aproximada.

Anote la edad _____ años.

Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco.....

P.14 En los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco, aunque fuese una o dos caladas?

Menos de 30 días		Más de 12 meses	
Más de 1 mes pero menos de 1 año		Nunca he fumado cigarrillos u otro tipo de tabaco	

P.15 ¿Ha habido, alguna vez en su vida en que Vd. haya fumado tabaco TODOS LOS DÍAS?

Sí, alguna vez he fumado todos los días	
No he fumado en ninguna ocasión todos los días	
Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco	

P.16 ¿Durante cuántos años fumo TODOS LOS DÍAS?

Ponga el número de años o marque la casilla correspondiente.

Anote el n° de años_____

He fumado todos los días, pero durante menos de 1 año completo	
He fumado alguna vez, pero nunca todos los días	
Nunca he fumado en mi vida	

<p>CANNABIS (Hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)</p>
<p>Marque con una “X” la casilla correspondiente</p>

P.17 ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, CANNABIS O MARIHUANA?

Sí, he consumido cannabis o marihuana	
Nunca he consumido cannabis o marihuana.	

P.18 ¿Qué edad tenía la PRIMERA VEZ que consumió cannabis o marihuana?

Si no está seguro anote la edad aproximada.

Anote la edad_____

Nunca he consumido cannabis o marihuana	
------------------------------------------------	--

P.19 ¿Cuántos días ha consumido cannabis o marihuana en los últimos 12 meses?

Entre 1-3 días		Entre 30-150 días	
Entre 4-9 días		Más de 150 días	
Entre 10- 19días		No he consumido cannabis o marihuana en los últimos 12 meses	
Entre 20-29 días		Nunca he consumido cannabis o marihuana	

P.20 ¿Cuántos días ha consumido cannabis o marihuana en los últimos 30 días?

Entre 1-3 días		30 días	
Entre 4-9 días		No he tomado cannabis o marihuana en los últimos 30 días	
Entre 10-19 días		Nunca he consumido cannabis o marihuana	
Entre 20-29 días			

COCAÍNA EN POLVO
 (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)
 Marque con una "X" la casilla correspondiente

P.21 ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA SOLA VEZ EN SU VIDA, COCAÍNA EN POLVO?

Sí he consumido cocaína en polvo	
Nunca he consumido cocaína en polvo	

P.22 ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió cocaína en polvo?

Anote la edad _____

Nunca he consumido cocaína en polvo	
--------------------------------------------	--

P.23 ¿Cuántos días ha consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses?

Entre 1-3 días		Entre 30-150 días	
Entre 4-9 días		Más de 150 días	
Entre 10-19 días		No he consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses	
Entre 20-29 días		Nunca he consumido cocaína en polvo	

P.24 ¿Cuántos días ha consumido cocaína en polvo en los últimos 30 días?

Entre 1-3 días		30 días	
Entre 4-9 días		No he consumido cocaína en polvo en los últimos 30 días	
Entre 10-19 días		Nunca he consumido cocaína en polvo	
Entre 20-29 días			

ÉXTASIS U OTRA DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, cristal) Marque con una “X” la casilla correspondiente

P.25 Indique si usted ha consumido ÉXTASIS, ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en la que la consumió POR PRIMERA VEZ.

Para cada pregunta, ponga una “X” en la casilla bajo el “NO” o bajo el “SÍ”

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS						
¿Ha consumido alguna vez en la vida?		¿Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días		Edad en que la consumió por primera vez
NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	

--	--	--	--	--	--	--

ANFETAMINAS O SPEED (anfetametas, metanfetaminas, ice)
Marque con una "X" la casilla correspondiente

P.26 Indique si usted ha consumido ANFETAMINAS O SPEED ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los últimos 30 días. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ.

ANFETAMINAS O SPEED						
¿Ha consumido alguna vez en la vida?		¿Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días		Edad en que la consumió por primera vez
NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	

ALUCINÓGENOS (LSD,Ácido, tripi, setas mágicas, Ketamina, spacialk, ketolar, imalgene)
Marque con una "X" la casilla correspondiente

P.27 Indique si usted ha consumido ALUCINÓGENOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en la que la consumió por PRIMERA VEZ.

ALUCINÓGENOS						
¿Ha consumido alguna vez en la vida?		¿Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días		Edad en que la consumió por primera vez
NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	

--	--	--	--	--	--	--

HEROÍNA (Caballo,jaco))
Marque con una "X" la casilla correspondiente

P.28 Indique si usted ha consumido HEROÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en la que la consumió por PRIMERA VEZ.

HEROÍNA						
¿Ha consumido alguna vez en la vida?		¿Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días		Edad en que la consumió por primera vez
NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	

SALUD
Marque con una "X" la casilla correspondiente

P.29 ¿En los últimos 12 meses, cuántas veces ha sido atendido por algún servicio médico de urgencias (ambulancia, hospital, casa de socorro, médico, etc.)?

Anote en n° de veces _____

No he sido nunca atendido por un servicio médico en los últimos 12 meses	
---------------------------------------------------------------------------------	--

Las siguientes preguntas se refieren a tratamientos para dejar el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales

P.31 ¿Alguna vez en la vida ha iniciado un TRATAMIENTO AMBULATORIO para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra DROGA? No se incluyen los tratamientos por cuenta propia sin ayuda profesional, o los ingresos en una comunidad terapéutica

Sí, alguna vez he iniciado un tratamiento ambulatorio de ese tipo	
--------------------------------------------------------------------------	--

Nunca he iniciado un tratamiento ambulatorio de ese tipo	
-----------------------------------------------------------------	--

P.30 ¿Cuál fue la DROGA PRINCIPAL O MÁS IMPORTANTE que motivó el tratamiento ambulatorio?

Alcohol	
Tabaco	
Cannabis	
Cocaína	
Heroína	
Anfetaminas o éxtasis	
Tranquilizantes sedantes o somníferos	
Otras especificar	
No he iniciado nunca un tratamiento ambulatorio de este tipo	

P.31 ¿Por qué vía o vías ha recibido, principalmente, información sobre drogas?

Internet	
Redes sociales	
Padres/ familiares	
Un amigo/ conocido/ compañero de trabajo	
Profesionales sociosanitarios	
Profesores/as	
Charlas o cursos sobre drogas	
Medios de comunicación	
Policía	
Otras especificar	
No he recibido información sobre drogas	

P.32 ¿Por qué vía o vías le gustaría recibir información sobre drogas?

Internet	
Redes sociales	
Padres/ familiares	
Un amigo/ conocido/ compañero de trabajo	
Profesionales sociosanitarios	
Profesores/as	
Charlas o cursos sobre drogas	
Medios de comunicación	
Policía	
Otras especificar	
No he recibido información sobre drogas	

ANEXO 2: RESULTADOS REFERENTES AL CONSUMO DE HEROÍNA, EN LA POBLACION UNIVERSITARIA DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tabla 43:

Prevalencia del consumo de heroína, alguna vez en la vida, en la población universitaria de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido heroína alguna vez en su vida	Si	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

Como se observa en la tabla, ningún individuo de la muestra ha consumido heroína en su vida.

Tabla 44:

Prevalencia del consumo de heroína, en los últimos 12 meses, en la población universitaria de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido heroína en los últimos 12 meses	Sí	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

Tal y como se señala en la tabla, ningún individuo de la muestra ha consumido heroína en los últimos 12 meses.

Tabla 45:

Prevalencia del consumo de heroína, en los últimos 30 días, en la población universitaria de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna

		Frecuencia	%
Ha consumido heroína en los últimos 30 días	Si	0	0,0
	No	150	100,0
	Total	150	100,0

Ningún individuo de la muestra ha consumido heroína en los últimos 30 días.

Tabla 45:

Edad que presentaba el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, la primera vez que consumió cocaína

		Frecuencia	%
Edad a la que consumió por primera vez heroína	13 o menos años	0	0,0
	Entre 14 y 16 años	0	0,0
	Entre 17 y 19 años	0	0,0
	Entre 19 y 21 años	0	0,0
	21 o más años	0	0,0
	Nunca	150	100,0
	Total	150	100,0

Ningún individuo de la muestra ha consumido heroína en su vida, por lo que nunca se ha iniciado en dicho consumo.