

ESTUDIO SOBRE POBLACIÓN NO CONSUMIDORA Y FACTORES DE PROTECCIÓN PERCIBIDOS

Saray González Rodríguez

D. Juan Manuel Herrera Hernández

Departamento de Ciencias de la comunicación y Trabajo Social.

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación.

Universidad de La Laguna

Autora:

Saray González Rodríguez

Alumna de 4º curso de Grado en Trabajo Social

Director:

D. Juan Manuel Herrera Hernández

*Profesor del departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social de la
Universidad de La Laguna.*

Trabajo de Final de Grado:

Estudio sobre población no consumidora y factores de protección percibidos.

Institución:

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación

Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social

Índice

INTRODUCCIÓN	4
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Marco conceptual	6
1.2 Tipos de drogas.....	7
1.3 Modelos teóricos que explican la adicción.	8
1.4 El consumo de drogas en España.	12
1.5 Juventud actual.....	13
1.6 Jóvenes y conductas de riesgo	16
1.7 Los factores de Riesgo, Protección y hábitos saludables.....	20
1.7.1 Factores de riesgo	20
1.7.2 Factores de Protección.....	21
2. FINALIDAD Y OBJETIVO.	24
3. MÉTODO.....	25
3.1. Descripción de la muestra.	25
3.2 Instrumento.....	26
3.3 Procedimiento	26
4. RESULTADOS.....	28
4.1 Perfil socio-demográfico.....	28
4.2 Consumo de sustancias psicoactivas	29
4.3 Valoración y percepción de la influencia para el no consumo.	30
4.4 Estrategias o recomendaciones para evitar la dependencia	32
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	33
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
6.1 Limitaciones del estudio.....	36
6.2 Recomendaciones y aportaciones al Trabajo Social.	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	38
8. ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a las exigencias del Trabajo de Final de Grado de la titulación de Trabajo Social y se ha estructurado en siete apartados que comienzan con el marco teórico. Posteriormente se presenta la finalidad y los objetivos que sustentan la investigación. Seguidamente aparece el método que incluye los participantes de la investigación, las técnicas y los instrumentos utilizados y el procedimiento seguido para llevar a cabo la misma. A continuación se encuentran los resultados obtenidos, cuyo análisis conforma el siguiente apartado. El trabajo finaliza con las conclusiones y recomendaciones y las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo del mismo.

La naturaleza de esta investigación es la curiosidad por conocer cuáles con las razones, argumentos y percepción que tiene la población no consumidora joven estudiante en la Universidad sobre los factores que creen que han influido en su decisión de no consumir y/o hacerlo de modo responsable sin llegar a generar una dependencia.

Las consecuencias nocivas para la salud que presentan las sustancias psicotrópicas y la gran dependencia que acarrear, hacen que sea de máximo interés la prevención en drogodependencia. Para ello, se han estudiado todas las condiciones que pueden influir en que una persona termine desarrollando una adicción, denominándolos factores de riesgo. Becoña, (2007) en el Plan Nacional Sobre Drogas (2013-2016) enumera una serie de factores de riesgo que hemos agrupado en cuatro categorías: las relacionadas con el entorno, las características personales, las de ámbito familiar y las de relación con el grupo de iguales. Por otra parte, también es necesario conocer las fortalezas que tiene la persona para afrontar el problema de la drogadicción, lo que se conoce como factores de protección. En este caso, hemos seguido la clasificación que propone Hawkins y cols., (1992) s.r.f. un estudio de la Universidad de Deusto en 2004, que abarcan los lazos sociales, las coacciones externas y las habilidades sociales.

A pesar de la extensa bibliografía existente sobre drogodependencia, no existe una regla exacta que explique el consumo de drogas en todos los casos. Por ello, cuando hablamos de la existencia de factores de riesgo sólo se hace referencia a la probabilidad de desarrollar una adicción ya que, tal y como explica la segunda edición del informe del

National Institute on Drug Abuse, (2003) los factores que originan que una persona desarrolle una adicción no siempre tienen el mismo efecto en otra persona.

Existen diversas perspectivas y teorías que intentan explicar el consumo de drogas, ya que, a pesar de las ventajas que producen a nivel físico y psíquico los hábitos saludables, el consumo de drogas sigue estando presente en nuestra sociedad. Pons, (2008) presenta una clasificación de diferentes perspectivas que abarcan la explicación médica, la social y la psicológica. Por su parte Becoña, (2002) hace una recopilación de teorías o modelos que cataloga en tres grandes grupos: por un lado aquellas que se basan en pocos componentes para explicar la adicción, por otro las referentes a estadios y evolución y por último las integradoras y comprensivas. Finalmente, también se recoge la perspectiva de la neurociencia en el documento presentado por la Sociedad Española de Toxicomanías (2011). Este último contiene modelos que explican diferentes procesos, como la neuroevolución; la transición entre impulsividad y compulsión; la sensibilización de los mecanismos emocionales y las alteraciones de la toma de decisiones.

En general, puede afirmarse que en la mayoría de las sustancias la edad media de inicio de consumo se sitúa en la adolescencia, siendo así este período de edad el grupo de mayor riesgo en drogodependencia. Por ello se ha decidido centrar el presente estudio en personas jóvenes que hayan superado la adolescencia reforzando sus factores de protección para mantenerse libres de las drogas. Por lo tanto ha sido necesario conocer cuál es la realidad que viven los/as jóvenes analizando el último informe presentado por el Instituto de la Juventud (INJUVE, 2012), ya que realiza un estudio exhaustivo de la situación del colectivo en cuestión.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud (1994), OMS a partir de ahora durante todo el texto, define **droga** como aquella sustancia que introducida en un organismo con vida, puede modificar una o más funciones de éste. La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias incluye las siguientes sustancias bajo la definición de drogas: los estupefacientes y psicotrópicos, el tabaco, las bebidas alcohólicas y cualquier otra capaz de producir efectos y consecuencias equiparables a las anteriores. Siguiendo a la pediatra Benítez, (2006) podemos decir que cuando se consume una cantidad de droga superior a la tolerancia de la persona hacia dicha sustancia se produce un estado conocido como **intoxicación** que se caracteriza por el cambio psíquico o comportamental desadaptativo. Por tanto, tal y como describe la OMS (1994) entendemos por **desintoxicación** al proceso mediante el cual se elimina del organismo la sustancia psicotrópica, paliando así los efectos de la abstinencia.

Cabe destacar que, según la guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2014), cualquier droga que sea consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. Es por ello, por lo que el uso y consumo de drogas puede desembocar en la **drogodependencia** entendida como “aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psíquico y social de la persona y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas” (Ley 9/1998). La OMS (1994), por su parte, aporta la definición de **dependencia** aplicada al alcohol y otras drogas, siendo esta “la necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal”. No obstante, según muestran los datos estadísticos, no todos los consumos de drogas terminan convirtiéndose en una dependencia o adicción.

La OMS (1994) también recoge el concepto de **adicción** entendido como el consumo periódico de una o varias sustancias psicoactivas, en la que la persona adicta muestra un

deseo compulsivo de consumir la sustancia. Generalmente existe una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia al interrumpir el consumo.

El concepto de **tolerancia** en drogodependencia según el DSM-V (2014) se entiende como la necesidad de consumir cantidades mayores de la misma sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, ya que este se ha reducido notablemente tras el consumo continuado de la misma cantidad de droga.

1.2 Tipos de drogas

En la literatura sobre drogodependencia podemos encontrar diferentes clasificaciones de los tipos de drogas existentes atendiendo a diferentes características de las sustancias. En esta ocasión utilizaremos la clasificación de Becoña, (2002) s.r.f. Roca F., Aguirre M. y Castillo B., (2001) que se basa en los efectos que tienen las drogas sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Según la misma, las sustancias psicotrópicas pueden incurrir en tres efectos: deprimir, estimular y alucinar.

- Las drogas estimulantes del SNC producen efectos enérgicos en los músculos, incrementan la confianza en la propia persona aumentando la ansiedad por actuar. Entre otros efectos también produce euforia.
A esta clasificación pertenece: clorhidrato de cocaína, la Pasta Base de Cocaína (PBC), anfetaminas, nicotina y cafeína.
- Por otro lado, las drogas depresoras del SNC disminuyen el ritmo respiratorio, la coordinación muscular y la energía corporal. Además bloquea la mente y los sentidos produciendo un enlentecimiento en los movimientos y torpeza motriz.
Esta clasificación hace referencia a: alcoholes, sedantes (hipnóticos, barbitúricos, valium, xanax, etc.), opiáceos (opio, heroína, morfina, metadona y codeína), anticonvulsionantes, relajantes musculares y antihistamínicos.
- Por último, las drogas alucinógenas son sustancias psicodélicas que pueden estimular o deprimir el SNC. Este tipo de sustancias distorsionan la percepción

induciendo a delirios y alucinaciones, bloquean el razonamiento y la lógica, intensifican las sensaciones y alteran el estado de ánimo y las emociones.

Esta tipología abarca: la marihuana, dietil-amida del ácido lisérgico (LSD), drogas de diseño, peyote, mezcalina, algunos hongos y cactus.

Por otro lado, Becoña en el mismo documento basándose en la legislación española hace una distinción entre:

- Drogas legales: tales como el tabaco, el alcohol y el café que pueden ser adquiridas y vendidas libremente en establecimientos con autorización.
- Drogas ilegales: cuyo tráfico se produce de manera clandestina.

1.3 Modelos teóricos que explican la adicción.

El inicio del consumo de drogas se remonta al inicio de la humanidad, constituyendo hoy uno de los principales problemas de salud pública (Becoña, 2002).

En cualquier ciencia es importante disponer de adecuados modelos y teorías para fundamentar la misma, estando éstos basados en la práctica y en los conocimientos que tenemos sobre el campo (Becoña, 2007). Es por ello, por lo que existen diversos/as autores/as que han aportado una perspectiva distinta para explicar la drogadicción.

Pons, (2008) presenta la siguiente clasificación de teorías explicativas del consumo de drogas:

- Jurídico.- Este modelo confía en el poder coercitivo del poder judicial, y se centra en la sanción del consumo de drogas para proteger a la ciudadanía de los efectos que pueden tener las mismas.
- Distribución del consumo.- Justifica el consumo de drogas por el acceso a las sustancias que tiene la sociedad.
- Médico tradicional.- La adicción a las drogas tiene su origen en la acción de una sustancia psicoactiva sobre los procesos internos –biológicos– de una persona.

- Reducción del daño.- Intenta aminorar las consecuencias adversas del consumo de drogas partiendo de la base que la abstinencia no puede ser un objetivo principal porque cada persona tiene libertad para consumir.
- Privación social.- Explica el consumo de drogas como resultado de que ocurran determinados factores de riesgo ambientales.
- Factores socioestructurales.- El consumo de drogas se relaciona al estilo de vida del grupo social.
- Educación para la salud.- Confía en la transmisión de la información para evitar el consumo de drogas, enfatizando los aspectos educativos.
- Psicológico individualista.- El consumo de drogas se explica como un proceso más de la conducta humana. El consumo va ligado a los rasgos de personalidad, valores, actitudes y hábitos de vida del consumidor.
- Socio-ecológico.- Presenta el consumo como un fenómeno integral y problema social que incluye a la persona, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico,... y al propio producto y sus efectos sobre la persona que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos.

Por otro lado Becoña, (2002) agrupa las teorías y modelos en tres categorías en función de las variables que se basa cada uno de ellos para explicar el consumo de drogas:

- Teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes.- Incluye las teorías y modelos biológicos que reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y a la hipótesis de la automedicación. También el modelo de salud pública, creencias de salud y competencia. Estos últimos como evolución del primero y el modelo de creencias de salud. Además también abarca el grupo de teorías actitud-conducta como la acción razonada. El objetivo de las mismas es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas. Otro grupo de teorías simples son las teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales o en la afectividad como el modelos sistémico y el modelo social.
- Teorías y modelos de estadios y evolutivas.- Se basan en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas. El más

conocido es el modelo evolutivo de Kandel que plantea que el consumo de drogas ilegales se produce de modo secuencial partiendo de las legales. El consumo de una sustancia en una fase incrementa la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. El modelo del proceso de reafirmación de los/as jóvenes de Kim explica los componentes influyentes para el consumo de drogas. Algunos de ellos son: el adecuado apoyo familiar, el adecuado apoyo social, cuidado y el apoyo de los/as adultos/as en la vida del/a joven, etc. Otros modelos evolutivos son el de madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie, la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb, el modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz. Otro que destaca es el de la teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores.

- Teorías y modelos integrativos y comprensivo.- Tienen como objetivo explicar la conducta de consumo de drogas mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Aparte del modelo de promoción de la salud, también conocido como de la salud pública, incluye elementos psicológicos pero también otros. Los demás son psicológicos, como la teoría del aprendizaje social, denominada actualmente como teoría cognitiva social de Bandura y el modelo del desarrollo social de Catalano. Hawkins y sus colaboradores con el objetivo de explicar la conducta antisocial, a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo dan gran relevancia a los factores de riesgo y protección integrando otras teorías previas que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Otra teoría de gran relevancia es la teoría para la conducta de riesgo de los/as adolescentes, en la que considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados del riesgo. También recientemente Botvin ha propuesto un modelo integrado general de la conducta de uso de drogas.

La Sociedad Española de Toxicomanías, (2011) hace una clasificación desde la perspectiva de la neurociencia que se presenta a continuación:

- Modelo neuroevolutivo.- Se centra en el desequilibrio entre el nivel de maduración de las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento de la recompensa y el de las estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la motivación y la

conducta. El desarrollo de la capacidad para inhibir conductas y afectos predominantes pero desadaptativos resulta clave para determinar diferencias individuales en la susceptibilidad al consumo de drogas y la adicción.

- Modelos basados en la transición entre impulsividad y compulsión.
 - **Modelo de la transición impulsividad-compulsividad.** La adicción se produce tras una transición que ocurre desde una fase inicial en la que las drogas se consumen por sus efectos reforzantes hacia una fase de dependencia en la que las conductas de consumo se transforman en rituales compulsivos que se mantienen a pesar de sus consecuencias negativas.
 - **Modelo de alostasis y estrés.** La adicción es el resultado de un cambio en el control de la conducta causada por el reemplazamiento de los mecanismos de reforzamiento positivo, dirigidos a la obtención de recompensas, por los mecanismos de reforzamiento negativo, dirigidos a reducir el estrés y el malestar causados por el síndrome de abstinencia e intentar restablecer un falso equilibrio homeostático

- Modelos basados en la sensibilización de los mecanismos motivacionales.
 - **Modelo de la sensibilización al incentivo.** La exposición repetida a distintas drogas de abuso puede producir neuroadaptaciones persistentes en las neuronas y circuitos cerebrales que normalmente se encargan de atribuir relevancia motivacional a los estímulos que encontramos en el entorno. El resultado es que el circuito se torna hipersensible a los estímulos relacionados con las drogas de consumo.
 - **Modelo del Daño en la Atribución de Relevancia y la Inhibición de Respuesta.** La adicción es el resultado de la alteración de dos sistemas complementarios: el encargado de detectar y valorar la relevancia motivacional de los reforzadores que realiza una valoración exagerada de las propiedades reforzantes de las drogas y a su vez deprecia la relevancia motivacional de otros reforzadores naturales. Y el sistema de inhibición encargado de detener conductas que son inapropiadas para las demandas del organismo y el contexto.

- Modelos basados en las alteraciones de la toma de decisiones.
 - **Modelo del marcador somático aplicado a las adicciones.** Propone que determinadas sustancias consumidas repetidamente pueden bloquear los sistemas motivacionales y emocionales encargados de la generación de los marcadores somáticos encargados a su vez, de proporcionar un contexto afectivo y guiar la toma de decisiones hacia opciones de respuesta adaptativas, priorizar las señales emocionales asociadas al consumo y bloquear la posibilidad de que la experiencia negativa asociada a sus consecuencias se transformen en aprendizaje productivo.
 - **Modelo unificado de adicción: Vulnerabilidades en los procesos de decisión.** Se trata de un marco teórico integrador de las nociones recogidas en diversos modelos que entiende la adicción como una disfunción de los procesos de toma de que se deriva de la ocurrencia de neuroadaptaciones en un conjunto de sistemas interactivos.

1.4 El consumo de drogas en España.

El Plan Nacional sobre Drogas realiza un estudio exhaustivo sobre el consumo de drogas en España cada dos años desde 1995. En él, se recoge que la edad de inicio de consumo de drogas y la prevalencia de consumo varía en función de la sustancia.

Las cuatro sustancias más consumidas en España recogida en la encuesta de 2013 son: Alcohol, tabaco, hipnosedantes y cannabis. Desde 2011 el consumo de drogas legales ha aumentado mientras que las ilegales han experimentado un descenso.

De forma general, se puede afirmar que el consumo de drogas afecta en mayor proporción a hombre que a mujeres, aunque es cierto, que en el caso de los hipnosedantes la prevalencia de consumo es mayor en mujeres.

Las drogas con una edad de inicio más temprana son el tabaco, el alcohol y el cannabis, ya que la edad media se sitúa entre los 16 y los 18 años. Por el contrario, la edad media para consumir hipnosedantes se sitúa a partir de los 35 años, constituyendo así una de las sustancias con la edad de inicio de consumo más tardía. El resto de sustancias se ubican entre estas edades.

De la misma forma que ocurre con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol también se mantiene estable, pero con la diferencia que el nivel de consumo de esta segunda sustancia es mayor, es decir se mantiene estable en un nivel alto.

En cuanto al consumo de varias sustancias, el plan Nacional Sobre Drogas afirma que el cannabis se encuentra presente en el 90% de los casos.

Según el Observatorio de Toxicomanías, las Comunidades Autónomas con un mayor consumo de drogas son: Aragón, Asturias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco. Todas ellas se encuentran por encima de la media que representa el 62,3%.

1.5 Juventud actual

El Instituto de la Juventud (INJUVE) desde el año 1984 realiza un informe cuatrienal sobre los/as jóvenes españoles, con el objetivo principal de mostrar un diagnóstico de la situación económica, social y cultural de dicho colectivo para conocer los obstáculos a los que se enfrentan en su desarrollo personal y profesional. Dado que la prevalencia de consumo de drogas es mayor entre jóvenes, es imprescindible conocer la situación actual en la que se encuentran para poder entender dicho patrón de conducta.

El punto de partida es delimitar el concepto de **persona joven**. Según la mayoría de investigadores, se contextualiza en el período marcado por procesos transicionales importantes en la vida de cada persona como la adquisición de la independencia económica, la independencia residencial, la formación de la propia familia y la integración en el mercado laboral.

Actualmente, España muestra unas pirámides de población con un envejecimiento creciente de la población de nacionalidad española y una población extranjera joven. El grupo de jóvenes que servirá de muestra para la presente investigación, de 25 a 29 años, es el que más peso tiene dentro de la estructura poblacional con un 6,59%. Esto mismo ocurre con la población extranjera residente en este país, dicho colectivo con un 11,8% se coloca como el grupo de edad más significativo. Es por esto, por lo que las comunidades autónomas con mayor nivel de inmigración, como Canarias, presentan un nivel menor de envejecimiento.

Cabe destacar que, debido a la precaria situación económica y laboral de los y las jóvenes, los datos sobre fecundidad alertan sobre la posible frustración de aquellos que no pueden satisfacer sus deseos de formar una familia, ya que el número de descendientes deseados no coincide con el número de descendientes que tienen.

El envejecimiento poblacional conlleva un desequilibrio poblacional que puede suponer un serio riesgo para la sostenibilidad del Estado de Bienestar. Además con la llegada de la crisis económica a España se ha activado un proceso migratorio entre los/as jóvenes que buscan mejores oportunidades laborales y económicas. La emigración que se está produciendo desde nuestro país está protagonizada mayoritariamente por las personas inmigrantes que retornan a sus países de origen debido al desempleo.

Las generaciones actuales de jóvenes, en comparación con otras anteriores, se están enfrentando a un contexto de ciclo de vida muy diferente en términos del número de miembros de la familia, de la esperanza de vida, de la participación femenina en el mercado laboral, la reducción de los ahorros y los ingresos de las familias como consecuencia del paro y los efectos negativos de la crisis económica. Los cambios en la estructura de la población por edad tienen una incidencia clara en los indicadores económicos. Se ha llegado a la conclusión que el incremento poblacional en el grupo de edad de 15 a 24 años produciría un aumento en las expectativas y capacidad de producción, pero su reducción podría producir una disminución en la misma, en el consumo y por tanto supondría un declive en circulación bancaria de liquidez.

Además, otro cambio importante que ha experimentado la juventud española es la tasa de emancipación y de dependencia familiar. La reducción en las tasas de emancipación ha sido mayor entre los hombres que entre las mujeres, y además a mayor nivel educativo mayor es el porcentaje de jóvenes que viven con sus progenitores. La evolución de la tasa de paro juvenil en relación con la tasa de emancipación indica que la destrucción de empleo juvenil está afectando negativamente a la emancipación como en crisis de empleo anteriores (Requena, 2002 s.r.f. INJUVE 2012). La crisis económica ha tenido una repercusión negativa en la formación de los hogares por parte de los/as jóvenes, además existe cierta tendencia al retorno al hogar familiar de aquellos/as jóvenes que se habían emancipado.

Los efectos de la crisis han contribuido a incrementar el número de jóvenes dependientes o semidependientes de sus familias, acrecentado así las situaciones de precariedad económica en la unidad de convivencia.

Desde el inicio de la crisis se observa un descenso en el porcentaje de jóvenes que viven de los ingresos procedentes del trabajo. Cabe destacar que sigue existiendo una desigualdad de género entre los/as jóvenes, ya que, se confirma la dependencia de la mujer joven con respecto al varón sustentador.

La situación laboral de los/as jóvenes españoles/as, especialmente entre los/as menores de 25 años, no sólo ha empeorado sino que ha alcanzado unos niveles de precarización e incertidumbre que puede tener consecuencias nefastas para la estructura productiva del país y para la propia cohesión social. En términos comparados, los/as jóvenes con titulación universitaria han sufrido una menor destrucción de empleo.

El actual contexto de recesión económica está provocando entre los/as jóvenes una tendencia al emprendimiento empresarial, utilizando nuevas estrategias e iniciativas, promovidas para afrontar el elevado desempleo que tienen los/as jóvenes en toda Europa. Según los datos del segundo trimestre de la EPA (Encuesta de Población Activa) el desempleo ha afectado en mayor medida a los hombres que a las mujeres. Por edad se observa que la población ocupada ha descendido en todos los grupos de edad excepción del grupo de 25 a 29 años donde se ha producido un incremento.

La crisis económica está teniendo una incidencia clara no sólo en el incremento de la precariedad de la juventud debido al desempleo y al salario medio mensual neto, sino también en las forma de buscar empleo, al tipo de empleo que se busca y a las expectativas que se tienen con respecto al futuro. Paradójicamente se ha incrementando el porcentaje de jóvenes que sólo están buscando un trabajo relacionado con su formación.

En una sociedad de cierto crecimiento económico, el consumo da seguridad de pertenencia al grupo en un entorno incierto y ante la situación desfavorable, los/as jóvenes tienen la necesidad de readaptar e reinventar las reglas del consumo. En general, este colectivo ha reducido el gasto prácticamente en todos los artículos excepto en alimentación, bebidas alcohólica y vivienda, que se ha mantenido estable y que incluso se ha incrementado ligeramente. La vivienda y el ocio en general son las partidas que más gasto les ocasiona a la juventud. No obstante, la situación económica de los y las jóvenes a pesar de la crisis en España es algo más ventajosa que la de otros grupos de edad, debido a la protección económica familiar.

1.6 Jóvenes y conductas de riesgo

Para tratar de entender la implicación de los/as jóvenes en conductas de riesgo, recurriremos a Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010).

Detrás de la adopción de una conducta de riesgo o una conducta protectora existe una explicación biológica y genética, relacionada a su vez con el ambiente social, la percepción del ambiente, y las personalidades y conductas. La mayoría de las conductas de riesgo tienen lugar de forma experimental durante la adolescencia y la juventud, y en algunas ocasiones, se mantienen y se instauran como estilos de vida acarreado consecuencias negativas de mayor o menor envergadura a corto, medio o largo plazo.

Existen diversas explicaciones sobre la adopción de conductas de riesgo por parte de los/as adolescentes. De forma general, se puede afirmar que para algunos/as adolescentes la necesidad de pertenencia al grupo es tan fuerte que puede llevarles a comportarse de una manera diferente para ser aceptados. Habitualmente esta unión a su grupo de iguales

conduce al distanciamiento de sus progenitores. El consumo de drogas dentro del grupo de iguales puede convertirse en una seña de identidad y cohesión grupal.

Grimley, Prochaska y Prochaska (1997), s.r.f Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010), en el modelo transteórico del cambio, destacan la importancia de la disposición hacia el cambio de la población destinataria de las campañas y programas de prevención para obtener el éxito esperado. Según esta teoría para la adquisición y mantenimiento de las conductas de protección, las campañas y los programas de prevención, se deben dirigir a la población que se encuentre preparada para adoptar las conductas protectoras de forma correcta y consistente. Es por ello, por lo que distinguen varios estadios de cambio que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona.

- 1) *precontemplación*: es la primera etapa y se encuentran en ella aquellas personas que llevan a cabo conductas de riesgo y que no tienen intención de cambiar en un futuro inmediato.
- 2) *contemplación*: se hallan en esta fase las personas que se plantean el cambio en un futuro a corto plazo.
- 3) *preparación*: las personas pretenden adoptar conductas protectoras «siempre» a partir del próximo mes.
- 4) *acción*: personas que actúan de manera segura «siempre» y llevan haciéndolo un tiempo inferior a seis meses,
- 5) *mantenimiento*: personas que adoptan conductas protectoras durante un período superior a los seis meses.

Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas (*precontemplación*, *contemplación*) valoran más las consecuencias negativas de las conductas de riesgo. Sin embargo, a medida que se avanza en los estadios la tendencia se invierte, valorándose menos los inconvenientes y otorgando mayor valor a las ventajas.

Por otro lado, se encuentra el modelo Precede de Green et al. (1980) s.r.f. Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010). Este modelo describe las variables que anteceden y suceden a las conductas de salud, agrupándolas en tres apartados: variables predisponentes que incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias; facilitadoras que hacen referencia a las habilidades para desarrollar

comportamientos preventivos; y variables reforzantes que abarca las actitudes y conductas del entorno.

Este modelo ha sido empleado como herramienta de diagnóstico y evaluación de las conductas adolescentes, puesto que permite organizar las variables que median en la asunción de riesgos.

Por su parte, Dina Krauskopf (2001), en el mismo documento, pone el acento sobre la función de la escuela y la tarea educativa, siendo de tal importancia hasta el punto que la escolarización fallida favorece la búsqueda de sensaciones de logro a través de comportamientos de riesgo. Con el objetivo de obtener gratificaciones efímeras o anestesia.

Otra autora, Teresa Gómez de Giraudo (2000) s.r.f. Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010), se centra en el/la adolescente como miembro de un sistema familiar y social que lo condiciona en su proceso de socialización, permitiéndole incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas a partir de las cuales va a construir su subjetividad. Sin dejar de lado la importancia de los factores personales propios y los del contexto en el que se desenvuelve, la autora apunta algunos elementos que explican la práctica de conductas de riesgo en la adolescencia:

Por un lado, tiene que ver con que no siempre percibe el riesgo como tal, debido a una característica evolutiva propia de este período, el egocentrismo, ellos/as fantasean «historias personales» en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo.

Por otro lado, parecería que existen ciertos rasgos de personalidad que caracterizan en buena medida a las personas que buscan riesgos.

XI Alfredo Oliva (2008) s.r.f. Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010), señala que otra explicación sobre por qué los/as adolescentes se implican en más conductas de riesgo que los sujetos de más edad, tiene que ver con los procesos de maduración cerebral. Estos cambios afectan fundamental a la corteza prefrontal y a su implicación en muchos procesos cognitivos y que experimenta un importante desarrollo a partir de la pubertad. Además en esta etapa se producen alteraciones hormonales relacionadas con la motivación y la búsqueda de recompensas. Como consecuencia de esas modificaciones, durante los primeros años de la adolescencia se produce un cierto

desequilibrio entre ambos circuitos cerebrales, el cognitivo y el motivacional, que puede generar cierta vulnerabilidad y justificar el aumento de la impulsividad, y de forma especial las conductas de asunción de riesgos durante la adolescencia (Arnett, 1999).

En cuanto a lo social como elemento explicativo, Pilar Brañas, (2001) s.r.f. Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M., (2010) apunta que al existir múltiples opciones para elegir, muy diversas entre sí y a la vez todas válidas, se origina una situación de estrés psicológico e inestabilidad emocional que favorece, en muchas ocasiones, la adopción de actitudes y ofrecen un atractivo inmediato sin pensar en las consecuencias

Las conductas de riesgo más comunes entre la juventud son: las relaciones sexuales precoces y sin protección; el consumo de alcohol y otras drogas; las conductas que propician accidentes; las situaciones que implican violencia; las conductas suicidas; las situaciones asociadas a deserción y la disminución del rendimiento escolar; las conductas delincuentes; los trastornos de la conducta alimentaria; los riesgos asociados al uso de las redes sociales.

La percepción de riesgo en las drogodependencias y otras adicciones puede considerarse una de las variables de mayor impacto en la iniciación al consumo y en el mantenimiento del mismo. De hecho puede llegar a ejercer una influencia capital a la hora de que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a consumir cualquier cosa que sea susceptible de generar adicción (García, 2012.)

Durante el consumo de sustancias se mantiene una alta sensación de control del mismo que provoca una disminución de la percepción de riesgo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando, es por ellos por lo que la percepción de riesgo va aumentando significativamente con la edad. No obstante, no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteren el proceso normal, y las personas con mayor conocimiento se conviertan en las más arriesgadas por depositar demasiada confianza en su capacidad para afrontar determinadas situaciones (García, 2012).

1.7 Los factores de Riesgo, Protección y hábitos saludables.

1.7.1 Factores de riesgo

La planificación y el diseño de la prevención en drogodependencia deben partir del conocimiento de los factores de riesgo y de protección. Es decir, de todas aquellas situaciones que vive la persona que pueden influir en el desarrollo de una adicción y de las fortalezas que posee para hacer frente a la drogodependencia.

Clayton, (1992) según lo cita el Plan Nacional sobre Drogas (2013-2016), define los **factores de riesgo** como aquel o aquellos atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o bien, favorece una transición en el nivel de implicación con las mismas. No obstante, tal y como recoge el informe del National Institute on Drug Abuse (2003) los factores de riesgo que incurren en la adicción de una persona, no tienen porque ser aplicables en otra, debido a que cada factor de riesgo puede producir diferentes efectos por las características personales que presenta cada individuo.

Los factores de riesgo que muestra Becoña, (2002) en el documento del Plan Nacional sobre Drogas (2013-2016) sobre prevención en drogodependencia, pueden agruparse en diversas categorías en función de la dimensión de la persona con la que se relaciona, tal y como se presenta a continuación:

- **Entorno:** Existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el consumo de drogas o hacia comportamientos desviados; oferta de sustancias adictivas o que estén más disponibles para su consumo indiscriminado; carencias de recursos o servicios públicos en los barrios residenciales, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad.
- **Personales:** Situación de privación económica importante (hacinamiento o chabolismo); inicio de drogas a temprana edad; bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos

de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales, alta tolerancia a la desviación, fuerte necesidad de independencia, ausencia de normas y escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; fracaso escolar, bajo rendimiento escolar o abandono temprano de la escuela.

- **Familiares:** Antecedentes familiares de consumo de drogas; pertenecer a familias monoparentales o monomarentales; ser hijos/as de trabajadores/as no cualificados o parados/as; existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; falta de conexión progenitores y descendientes, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; comunicación familiar pobre o inexistente; pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto; actitudes permisivas de los progenitores con respecto al uso de sustancias.
- **Relación con los iguales:** Asociación con compañeros/as consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; identificación con grupos no convencionales.

1.7.2 Factores de Protección.

En contra posición con los expuesto en el apartado anterior, Pérez-Gómez y Mejía Motta, (1998) definen los **factores de protección** como aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado s.r.f. el IV Plan Local de Drogodependencias de 2014-2018 de Barakaldo. No obstante, a lo largo de la bibliografía sobre drogodependencia existen

menos estudios sobre este tipo de factores. Hawkins y cols., (1992) s.r.f. un estudio de la Universidad de Deusto de 2004, proponen tres factores de protección relacionados con la conducta de abstinencia en drogodependencia. El primero de ellos serían los lazos sociales entendidos como la adhesión y el compromiso con la familia, la escuela y los compañeros. Otro de los mismos son las coacciones externas que hacen referencia a las normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas al individuo. Y por último las habilidades sociales como estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas.

1.7.3 Hábitos saludables

Llevar un estilo de vida caracterizado por la existencia de hábitos saludables, está directamente relacionado con el mantenimiento de una salud física y psicológica. Diversos estudios han demostrado que la salud física mejora aspectos tales como la salud subjetiva, el estado de ánimo, la emotividad, la reducción de la depresión clínica, la disminución los niveles del estrés, la autoestima, etc.

Sin embargo, según los datos estadísticos del INE (Instituto Nacional de Estadística) 2012 muestran que el 44,4% de la población española no realiza ejercicio físico, manteniendo por el contrario una vida sedentaria. Muchas investigaciones han demostrado que es más fácil promover los hábitos de vida saludables durante la adolescencia, que pretender inducirlos a lo largo de la vida adulta.

No obstante, a pesar de los múltiples beneficios de los hábitos saludables, la drogodependencia está presente en la sociedad. Esto se debe a que en su inicio, el consumo no conlleva consecuencias negativas, sino que por el contrario produce sensaciones placenteras y además el contexto sociocultural promueve y aprueba el consumo de ciertas sustancias. Programa protegiéndote (2011-2012) agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.

Algunas instituciones internacionales, tales como la OMS, la UNESCO o UNICEF, han recomendado intervenciones en las escuelas para la Promoción y Educación para la Salud

como prevención de las drogodependencias, llevando así una prevención de tipo indirecta, según Becoña, (2002) puesto que no aborda directamente el tema de las drogas sino que pretende erradicarlo fomentando los comportamientos saludables.

2. FINALIDAD Y OBJETIVO.

La finalidad de esta investigación ha sido conocer la percepción de población joven no consumidora de sustancias psicoactivas respecto a los factores que creen han influido o condicionado su decisión de no consumir o desarrollar una dependencia.

Los objetivos que se extraen de esta finalidad son:

- Conocer el perfil de las personas sin adicción.
- Conocer la valoración personal de los factores de protección de las personas sin adicción.
- Conocer estrategias que dicen haber puesto en práctica o aconsejan para no desarrollar ninguna adicción.

3. MÉTODO

3.1. Descripción de la muestra.

La muestra de población seleccionada para esta investigación consta de 50 personas, de las cuales 25, que representa el 50% de la muestra, fueron mujeres y 25, que representa el 50% restante, fueron hombres.

Tabla 1:

Descripción de la muestra de población.

Variables		Frecuencia		Porcentaje		TOTAL	
		Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 20 a 25 años	11	5	44%	20%	16	32%
	De 26 a 30 años	14	20	56%	80%	34	68%
	TOTAL	25	25			50	
Situación laboral	Empleada	8	16	32%	64%	24	48%
	Desempleada	1	2	4%	8%	3	6%
	Estudiante	16	7	64%	28%	23	46%
TOTAL	25	25			50		
Zona de Residencia	Santa Cruz	12	12	48%	48%	24	48%
	La Laguna	10	8	40%	32%	18	36%
	Zona Norte	--	2	--	8%	2	4%
	Zona Sur	3	3	12%	12%	6	12%
TOTAL	25	25			50		
Modo de convivencia	Sólo/a	2	5	8%	20%	7	14%
	Con pareja	7	7	28%	28%	14	28%
	Con familia	14	13	56%	52%	27	54%
	Con amistades	2	--	8%	--	2	4%
TOTAL	25	25			50		

3.2 Instrumento

El instrumento utilizado en la investigación ha sido un cuestionario ad-hoc (anexo 1), y se compone de cuatro partes. Comienza con una recogida de datos socio-demográficos que permitieron conocer el perfil de la población estudiada. A continuación aparecen una serie de preguntas sobre el consumo de drogas que actúan como filtro, puesto que se pretendía estudiar personas sin adicción a las sustancias psicotrópicas.

La siguiente parte puede considerarse el cuerpo del cuestionario. Se compone de 13 ítems fruto de la reflexión de los factores de riesgo expuestos en el marco teórico. La población objetivo deberá valorar cada uno de ellos con una puntuación del 1 al 4, basándose en la influencia que a cada tenido cada uno en conseguir que mantuviesen una conducta no adictiva. El número 1 hace referencia a una influencia nula, mientras que el número 4 significa que ha tenido mucha influencia.

El cuestionario finaliza con una pregunta abierta, con la que se pretende conocer las estrategias que utiliza cada persona para continuar sin desarrollar una adicción a ninguna sustancia.

Para poder realizar una valoración cuantitativa del cuestionario se ha utilizado una escala de tipo Likert, valorando con una puntuación gradual las respuestas que indicasen una mayor influencia.

3.3 Procedimiento

Para la elección de la muestra, se ha seleccionado personas de edad comprendida entre los 23 y los 30 años del entorno cercano de la investigadora. Desde el principio, se trató de agrupar al mismo número de hombres que de mujeres con el fin de poder comparar los resultados de la investigación en ambos sexos.

Cabe destacar que la cafeína no ha sido tenida en cuenta para esta investigación debido a que, a pesar de estar incluida dentro de la clasificación de drogas, tiene menores consecuencias nocivas para la salud.

Para el análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios se ha utilizado en un primer momento un vaciado de los mismos en hojas Excel y posteriormente se han introducido los datos en el programa estadístico SPSS Statistics 20.

4. RESULTADOS.

A continuación se presenta una descripción de los resultados obtenidos y se han estructurado en los siguientes apartados: perfil socio-demográfico; consumo de sustancias psicoactivas; valoración y percepción de la influencia para el no consumo y estrategias o recomendaciones para evitar la dependencia.

4.1 Perfil socio-demográfico.

El 68% de la muestra se encontraba en el periodo de edad de los 26 a los 30 años. Siendo de edad inferior el resto de la población.

En cuanto a la situación laboral el 64% de los hombres aseguró estar empleado, mientras que tan sólo el 32% de las mujeres señaló estar en esa misma situación. Para este sexo, el 64% representa el porcentaje de estudiantes.

El 88% de las mujeres y el 80% de los hombres residen entre Santa Cruz y San Cristóbal de la Laguna. El porcentaje restante se reparte entre la zona norte y la zona sur de Tenerife.

El 52% de los hombres señaló que vivía con su familia. En el caso de las mujeres esta opción fue elegida por el 56%. El 28% de los hombres vive con su pareja y el 20% vive sólo. En el caso de las mujeres el 28% vive con su pareja el 8% vive sola y el 8% con amistades.

4.2 Consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 2:

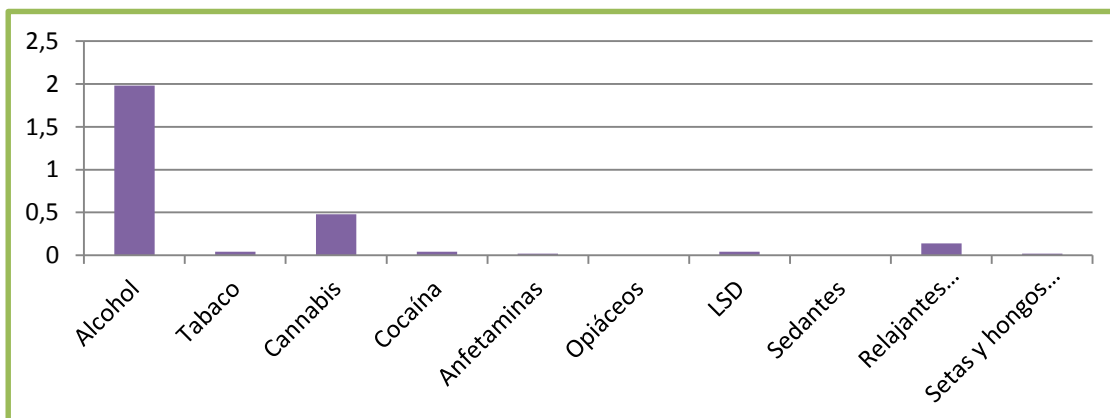
Frecuencia media de consumo de las diferentes sustancias.

Sustancias	Media	Desviación típica
Alcohol	1.98	0.795
Tabaco	0.04	0.198
Cannabis	0.48	0.580
Cocaína	0.04	0.198
Anfetaminas	0.02	0.141
Opiáceos	0	0
LSD	0.04	0.198
Sedantes	0	0
Relajantes musculares	0.14	0.351
Setas y hongos alucinógenos	0.02	0.141

Ninguna de las sustancias psicoactivas presentadas muestra una media superior a los 2 puntos. Tan sólo dos de las mismas (opiáceos y sedantes) tienen un 0 en su consumo. La droga más consumida entre la muestra de población es el alcohol.

Gráfica 1:

Frecuencia media de consumo de las diferentes sustancias.



4.3 Valoración y percepción de la influencia para el no consumo.

Tabla 3:

Puntuación media de la influencia de los factores de protección en mantener el no consumo.

Variables	Media	Desviación típica
Información de la familia sobre los riesgos de las drogodependencias	1.76	0.657
Información recibida en el contexto educativo	1.56	0.733
Los valores, creencias, vida espiritual, etc., con los que crecí.	2.42	0.575
El miedo a la reacción de mi familia o consecuencias que podía ocasionar.	1.20	0.857
El apoyo y la supervisión familiar sobre mí.	1.96	0.699
El miedo a la adicción y/o consecuencias del consumo.	2.00	1.050
La presión o consumo dentro del grupo de iguales.	0.86	0.783
Entorno social donde no observé o vi el consumo.	1.68	0.978
Haber tenido experiencias vitales traumáticas con el consumo de alguna sustancia.	0.62	0.855
Mi propia forma de ser o personalidad que me ha permitido saber decir no y/o saber auto-controlarme.	2.44	0.705
Haber practicado algún deporte o actividad de ocio.	1.50	1.111
No querer depender de ninguna sustancia.	2.46	0.813

Ninguno de los factores presentados muestra una puntuación media de 3. Sólo dos de los factores presenta una media inferior a 1. Cuatro de los factores tiene una media de

puntuación igual o superior a 2. La mayoría de los mismos muestra una media entre 1 y 2 puntos.

Gráfica 2:

Puntuación media de la influencia de los factores de protección en mantener el no consumo.



Los ítems se han numerado en función de lugar que ocupan en la Tabla 3.

4.4 Estrategias o recomendaciones para evitar la dependencia.

Tabla 4:

Estrategias, habilidades o trucos para evitar la adicción a las drogas.

Respuestas de las mujeres	Respuestas de los hombres
<ul style="list-style-type: none">• No consumir.• Tener información.• Ser consciente del daño que producen.• Mantenerse activa y ocupada.• No me despiertan interés.• Cuidar mi salud.• Tener claro que no quiero ser drogodependiente.	<ul style="list-style-type: none">• Fuerza de voluntad.• Buscar un entorno libre de drogas.• Tener las ideas claras.• Auto-control.• Sólo consumir en sociedad.• Hacer deporte.• Mantener hábitos de consumo.• Mantenerme ocupado.• No siento la necesidad de consumir.

Los hombres aportan más estrategias, habilidades o trucos para evitar la dependencia de drogas que las mujeres. A pesar de que ambos sexos presentan algunas coincidencias en sus respuestas, la mayoría de ellas son diferentes.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En la muestra de población elegida para realizar la investigación no se presenta ninguna media de consumo superior a 2 puntos, lo que significa que las personas que conforman la muestra tienen un patrón de consumo puntual. Las sustancias que han obtenido una puntuación mayor son el alcohol y el cannabis, lo que confirma las estadísticas del Plan Nacional Sobre Drogas (2013-2016), que sitúa estas dos sustancias junto con el tabaco como las más consumidas en España. Por otro lado, estos datos reflejan que no es necesario rechazar ningún cuestionario, puesto que no se registró un consumo diario en ningún caso, por tanto todos los cuestionarios recogidos son válidos para analizar, al tratarse de personas sin adicción a las drogas.

En cuanto a los factores de protección que han influido en mantener una conducta no adictiva, los tres ítems que han obtenido una puntuación mayor son: los valores, las creencias, la vida espiritual, etc., con los que crecí; la propia personalidad que ha permitido el auto-control y no querer depender de ninguna sustancia. En todos estos casos, la puntuación media se sitúa entre el 2 y el 3 lo que significa que ha tenido una influencia notoria en nuestros/as participantes sin llegar a ser una influencia total. En este primer ítem la puntuación más alta de los hombres de encuentra en influencia “normal”, y en el caso de las mujeres, prácticamente en la misma proporción, la puntuación más alta ha sido para “mucho influencia”. En cuanto al ítem que hace referencia a la habilidad para el auto-control no se observan diferencias significativas entre los sexos, al igual que con el ítem “no querer depender de ninguna sustancia”. Según la clasificación que hace Hawkins y cols., (1992) s.r.f. un estudio de la Universidad de Deusto de 2004, el primero de los factores nombrados entraría dentro de la categoría de “lazos sociales” en este caso, hace referencia a la influencia que tiene sobre la persona el compromiso con su familia y entorno social cercano. Los otros dos factores se enfocarían, dentro de la clasificación del mismo autor, a las habilidades sociales la persona para afrontar diversas situaciones sin necesidad de recurrir a las drogas.

El miedo a la adicción y a sus consecuencias hace referencia a la percepción de riesgo de las drogodependencias. Este ítem registró una puntuación mayor, casi el doble, en las mujeres que en los hombres. Según García, (2012) estos datos colocan a los hombres de esta muestra como un grupo de mayor riesgo de crear una adicción que las mujeres.

La puntuación obtenida en el apoyo y supervisión familiar es mayor que la del miedo a la reacción de la familia. Esto puede significar que esta muestra de población confía en poder mantener el apoyo de su familia si cayesen en una adicción.

Respecto a la influencia del entorno social, ningún sexo se posiciona radicalmente la influencia. En el caso de los hombres el 40% puntúa la influencia con un 3, y la misma proporción de mujeres la puntúa con un 2. Becoña, (2002) en el documento del Plan Nacional sobre Drogas (2013-2016), señala como factor de riesgo el entorno consumidor de drogas. Según los resultados obtenidos en los cuestionarios, puede afirmarse que efectivamente el entorno social de la muestra de población sujeto de estudio ha influido en que mantengan una conducta no adictiva. Sin embargo, en contra posición a esto, el ítem que especifica la presión o consumo dentro del grupo de iguales obtiene una de las puntuaciones más bajas junto con tener alguna experiencia traumática relacionada con el consumo de drogas. A pesar de que el segundo ítem presenta una puntuación mayor, ninguno de estos dos ítems alcanza la puntuación media de 1.

Tanto las mujeres como los hombres han puntuado con una mayor influencia la información en el contexto familiar a la recibida por el contexto educativo. La diferencia en el caso de las mujeres es del 16% y en el de los hombres del 8%. Ambos ítems forman parte de las coacciones externas que presenta Hawkins y cols., (1992) s.r.f. un estudio de la Universidad de Deusto de 2004, que hacen referencia a las normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas a la persona. Ambos ítems apoyan la teoría o modelo explicativo del consumo de “Educación para la salud” aportado por Pons, (2008) ya que la información transferida desde distintos contextos ha colaborado en que la muestra de población de este estudio no haya desarrollado una adicción.

En cuanto al practicar algún deporte o actividad de ocio para ambos sexos la puntuación se reparte entre las cuatro valoraciones. La puntuación más alta en el caso de los hombres se sitúa en “muchísima influencia” mientras que en el caso de las mujeres la puntuación más alta la ha obtenido “nada de influencia”. Esto puede ser producto de que a nivel cultural en nuestra sociedad, se fomenta más el deporte entre hombres que entre las mujeres. Según Becoña, (2002) fomentando el deporte se lleva a cabo una prevención de tipo indirecta de drogodependencia.

La última pregunta del cuestionario se trató de una pregunta abierta. Algunas de las respuestas que han aportado las mujeres han ido enfocadas a huir del consumo. En general, se observa que la información que han obtenido sobre drogodependencia les ha servido para aumentar su percepción de riesgo y decidir así el no consumo. En cambio algunas de las respuestas de los hombres van más enfocadas a llevar un control en el consumo de drogas manteniendo hábitos de consumo. Estas diferencias de respuesta pueden deberse a la diferencia en la percepción de riesgo de ambos sexos.

No obstante, ambos sexos coinciden en que mantener el tiempo ocupado y seguir hábitos saludables ayudan a prevenir la drogodependencia. Además, cabe destacar que tanto los hombres como las mujeres han incluido una respuesta que hace referencia a la falta de interés por el consumo de drogas.

El resultado de los cuestionarios justifica que no exista una única teoría que explique el consumo de drogas, puesto que para las personas no consumidoras tampoco existe un único factor determinante. Por el contrario, se trata de la confluencia de diversos factores que varían para diferentes personas unido a la falta de interés por el consumo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los ítems que la muestra de población valora con una mayor influencia para no desarrollar una adicción son: los valores, las creencias, la vida espiritual, etc., con los que crecí; la propia personalidad que ha permitido el auto-control y no querer depender de ninguna sustancia. En cambio, los ítems que valoran con una puntuación más baja son: entorno social donde no observé ni vi el consumo y la presión o consumo dentro del grupo de iguales.

A pesar de que la presión del grupo no ha reflejado tener mucha influencia en el no consumo, el entorno social en general sí que lo refleja.

No obstante, ningún factor de los expuestos en el cuestionario ha obtenido una puntuación media de 0, lo que significa que, en mayor o menor medida todos ellos tienen relevancia en conseguir el no consumo. Por otro lado, tampoco hay un factor que tenga una puntuación media de 3, lo que significa que ningún factor consiguió la unanimidad de la máxima influencia.

Las mujeres han otorgado una mayor puntuación que los hombres al ítem “miedo a la adicción y/o las consecuencias del consumo”. En cambio, para los hombres el practicar deporte tiene mucha influencia en la conducta no adictiva y para las mujeres ninguna influencia. No obstante, ambos sexos coinciden en la importancia de manejar información sobre drogodependencia para su prevención.

Con respecto a la pregunta abierta hombres y mujeres presentan distintas aportaciones aunque tienen algunas coincidencias como el mantenerse ocupado/a y llevar a cabo hábitos saludables. El resto de respuestas de los hombres van enfocadas a llevar un consumo responsable de drogas, mientras que las mujeres prefieren evitar su uso.

6.1 Limitaciones del estudio.

Una de las limitaciones que presenta este estudio de investigación es el tamaño de la muestra de población. Teniendo en cuenta el porcentaje de población no consumidora, el

tamaño de la muestra debería haber sido mucho mayor para poder tener datos representativos.

Otra limitación a resaltar es la proporción de preguntas abiertas y cerradas que presenta el cuestionario. Tal vez sería interesante que hubiese más preguntas abiertas para poder indagar con mayor profundidad en las percepciones de la población sobre su no consumo.

6.2 Recomendaciones y aportaciones al Trabajo Social.

El Trabajo Social en drogodependencia ha evolucionado rápidamente en los últimos años, llegando a realizar una gran labor actualmente. No obstante, aún queda mucho camino por andar, y se debe seguir trabajando para mejorar la praxis de la disciplina.

Una parte del trabajo en drogodependencia realizado por el Trabajo Social, se ha orientado hacia la prevención desde la perspectiva de la adicción, tanto al trabajar la atención al drogodependiente como al tratar de paliar los factores de riesgo que pueden desembocar en una adicción. Sin embargo, resulta interesante cambiar de enfoque y trabajar la prevención en drogas desde el punto de vista de los factores de protección, fortaleciendo las conductas, los valores, los hábitos, las estrategias, etc. que han ayudado a algunas personas a mantenerse abstinentes de las drogas o a llevar un consumo responsable y con control suficiente para no desarrollar una adicción.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Becoña E. (2002). *Bases científicas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Imprenta nacional del boletín oficial del estado.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Revista papeles del psicólogo*. Vol-28 (1) pp: 11-20
- Benítez M. R. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 8 Supl 3: S35-42
- DSM-V (2014). *Guía de Consulta de los diagnósticos del DSM-V*. Estados Unidos: American Psychiatric Association
- Roca F., Aguirre M. & Castillo B. (2001). Percepción acerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. *Psicoactiva*. 19, pp. 29-45
- García J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and addiction*. Vol. 12 (2) pp. 133-15.
- INE (2011-2012). *Encuesta Nacional de Salud*. Extraído el 6 de mayo de 2015 de: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- INJUVE (2012). *Informe Juventud España*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- *Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias*. Boletín Oficial de Canarias número 94, de 28 de julio de 1998
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones: Madrid.
- Plan Nacional sobre drogas 2013-2016.
- Plan Local de Drogodependencias de Barakaldo 2014-2018. Extraído el 11 de mayo de 2015 de: https://www.barakaldo.org/portal/c/document_library/get_file?uuid=cdd48e9e-e09b-4a68-82bb-4abceabdccc3&groupId=26428
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Revista *"Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial"*, Vol. 4 (2), pp. 157-186
- Programa protegiéndote (2011-2012) agencia antidroga de la Comunidad de Madrid. Extraído el 11 de mayo de 2015 de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fp>

df&blobheadername1=Content-
disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DBASES+
DEL+PROGRAMA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSa
lud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352835940337&ssbinary
=true

- Sarabia I., Gazapo J., García N., Arostegi E. & Laespada M. (2010). *El discurso de los jóvenes en internet*. Bilbao: Deusto publicaciones.
- Sociedad Española de Toxicomanías (2011). *Neurociencia y adicción*. Extraído el 3 de mayo de 2015 de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET-_\(2011\)._Neurociencia_y_Adiccion.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET-_(2011)._Neurociencia_y_Adiccion.pdf)
- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescent*. Extraído el 5 de mayo de 2015 de: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Universidad de Deusto (2004). *Factores de Riesgo y de protección frente al consumo de drogas*. Extraído el 25 de Mayo de 2015 de: http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf

8. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Ad-Hoc



ESTILO DE VIDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La cumplimentación de este cuestionario es de vital importancia para la realización del Trabajo de Final de Grado de una alumna de Trabajo Social. Por tanto, se ruega contestar con la máxima sinceridad. No hay preguntas correctas o incorrectas. El cuestionario es totalmente anónimo y la información aquí aportada será anónima y de uso exclusivo para este trabajo de investigación.

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:	Edad:
Ocupación:	
Zona de residencia:	
Vive : sólo/a, con pareja, amistades, con familia:	

B) DATOS O ESTILO DE CONSUMO

En el siguiente cuadro aparecen una serie de sustancias psicoactivas, Le pedimos que marque con una X la frecuencia con la que has consumido, o no, alguna de ellas.

SUSTANCIAS	FRECUENCIA				
	Nunca	Alguna vez puntual	Algunas ocasiones (fin de año, carnavales...)	Fin de semana	Diario
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis (marihuana o/y					

hachís)					
Cocaína					
Anfetaminas					
opiáceos (opio, heroína, morfina, metadona y codeína					
Sedantes					
Relajantes musculares					
LSD					
Setas y hongos alucinógenos					

C) FACTORES INFLUYENTES EN TU MODO DE PERCIBIR Y REACCIONAR ANTE EL CONSUMO

A continuación se muestra un listado de factores que pueden o no haber influido frente al consumo o la hora de desarrollar una adicción. Te pedimos los valores del 1 al 4, donde:

1 = Factor que no me ha influido en nada

2 = Factor me ha influido algo

3= Factor me ha influido lo suficiente o considero para mí “lo normal”

4 =Factor que me ha influido mucho

	Nada	Algo	“Normal”	Mucho
1. La información que recibí dentro de mi familia sobre los riesgos de las drogodependencias				
2. La información recibida en el contexto educativo				
3. Los valores, creencias, vida espiritual, etc., con los que crecí				
4. El miedo a la reacción de mi familia o consecuencias que				

podía ocasionar				
5. El apoyo y la supervisión familiar sobre mi				
6. El miedo a la adicción y/o consecuencias del consumo				
7. La presión o consumo dentro del grupo de iguales				
8. Entorno social donde no observé o vi el consumo.				
9. Haber tenido una experiencias vitales traumática con el consumo de alguna sustancia				
10. Mi propia forma de ser o personalidad que me ha permitido saber decir no y/o saber auto-controlarme				
11. Haber practicado algún deporte o actividad de ocio				
12. No querer depender de ninguna sustancia				

Para finalizar, nos gustaría saber, cuáles son las estrategias, habilidades, trucos propios, etc. De los que haces uso en tu día a día, para evitar acabar generando una adicción o depender de alguna sustancia

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.