

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

**LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL
CONSUMO DE CANNABIS EN
JÓVENES DE 18 - 25 AÑOS
PERTENECIENTES AL CMAPA DE
ZARAGOZA.**

Alumno/a: Julia Escusa Abril.

Director: Luis Villas Abadía.

Zaragoza, 17 de junio de 2014.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

AGRADECIMIENTOS.

El presente trabajo de investigación es resultado del esfuerzo y dedicación, así como fruto de una extensa motivación hacia el propio tema. Sin embargo, no habría sido posible sin la ayuda y colaboración de todas aquellas personas que, de una manera u otra, lo han hecho posible.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi director, Luis Villas Abadía, por ayudarme en la realización de este trabajo de investigación. Gracias por guiarme en todo momento y darme ánimos cuando ha surgido alguna dificultad.

Con la misma importancia, quiero agradecer la posibilidad que se me ha ofrecido desde el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA), por haberme permitido realizar mis prácticas pre-profesionales allí. Agradecer a todos los profesionales del Centro por todos los conocimientos adquiridos y la calidez con la que me acogieron durante mi periodo de prácticas.

Destacando la especial implicación y apoyo de la Trabajadora Social del Centro, Silvia Sarasa Bernad, por todos los conocimientos aprendidos que me han permitido desarrollar esta investigación y por su propia experiencia, transmitiéndome en todo momento la motivación de seguir adelante en el ámbito de las drogodependencias.

Sin olvidar a los usuarios que han participado en la investigación, gracias por su tiempo y la información proporcionada.

Y para finalizar, quiero expresar que este trabajo no hubiera sido posible sin mi familia y amigos, por toda la confianza que han depositado en mí siempre, pero en especial durante estos últimos cuatro años.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL.....	5
2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
2.2 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.3 DIFICULTADES ENCONTRADAS.	7
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	9
3.2 CÁNNABIS.....	14
3.3 CONTEXTUALIZACIÓN MUNDIAL, EUROPEA Y NACIONAL....	18
3.4 CONSECUENCIAS SOCIALES Y CLÍNICAS DEL CONSUMO DE CÁNNABIS.	23
3.5 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.....	29
3.6 EL TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE CONSUMO DE CÁNNABIS.....	33
3.7 CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LAS ADICCIONES (CMAPA).....	41
3.7.1 Programa de sanciones administrativas por consumo y/o tenencia de sustancias de drogas (P.A.S.A).	47
4. MARCO METODOLÓGICO.....	48
4.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
4.1.1 . Método y enfoque de la investigación.....	48
4.1.2 . Instrumentos utilizados.....	48
4.1.3 . Variables de la investigación.....	52
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO TEMPORAL.....	53
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	54
4.3.1 . Población diana o universo.	54

4.3.2 . Población accesible y muestra.....	55
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	61
6. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.	84
7. CONCLUSIONES.	84
8. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.	90
9. ANEXOS.	94
9.1 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.	94
9.2 ÍNDICE DE TABLAS.	96
9.3 EFECTOS CLÍNICOS DEL CONSUMO DE CÁNNABIS.	97
9.4 ENCUESTAS.	98

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Los recientes estudios e informes elaborados por organismos públicos, como el Observatorio Europeo de las Drogodependencias, manifiestan que *“España sigue a la cabeza de Europa en el consumo de cannabis”*¹.

Según el Informe de Cánnabis II (2009) “esta es la sustancia más extendida en el país”. Dicha afirmación ha sido comprobada mediante la utilización de dos encuestas sobre uso y consumo de drogas: la Encuesta Domiciliaria sobre Abusos de Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes (ESTUDES).

El fenómeno de las drogas es dinámico y sigue evolucionando en mayor intensidad con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. En el caso del cannabis, *“están apareciendo nuevas técnicas de producción que influyen tanto en la potencia como en el producto de la resina y de la hierba”*. (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanias, 2014)

La drogodependencia es un fenómeno socio-cultural que debe ser abordado desde una cuestión social. Constituye una de las problemáticas de mayor preocupación entre los ciudadanos, dado que genera problemas que afectan en varios ámbitos de la persona (sanitario, social, económico y legal) y a toda la comunidad en general.

Siguiendo el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, (Gobierno de Aragón. Departamento de

¹Ver periódico el Mundo: Visto el día 27/5/2014.

<http://www.elmundo.es/espaa/2014/05/27/5384702ee2704ee85d8b4578.html>

Salud y Consumo, 2010- 2016) “uno de los factores más preocupantes en la evolución de los consumos de drogas en nuestro medio, es la temprana edad de inicio y los contextos de ocio en los que estos consumos se producen”.

No obstante, hay varias razones por las que se ha creído conveniente desarrollar esta investigación dentro del amplio mundo de las drogodependencias.

Remontándonos al pasado, *la principal motivación para empezar el grado de Trabajo Social fue el interés por conocer el ámbito de las drogodependencias*. Sin embargo, no hay ninguna asignatura específica que aporte conocimientos sobre la intervención del Trabajador Social en dicho ámbito. Por ello, se han utilizado los trabajos tutelados de varias asignaturas para investigar a cerca de la materia. Un ejemplo de ello es en la asignatura Trabajo Social en el ámbito de la Justicia, donde se ha indagado sobre “El tratamiento ambulatorio como medida judicial impuesta a menores infractores de edades comprendidas entre los 14- 18 años”.

Por otra parte, *se ha contado con la oportunidad de realizar las prácticas de intervención en un centro que interviene con el colectivo de “jóvenes consumidores de cannabis” y pertenece al ayuntamiento de Zaragoza, el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA)*.

En esta toma de contacto, se ha empezado a conocer sobre los conceptos básicos de las diversas sustancias psicoactivas (tipos, clasificación, etc.) y otras conductas adictivas que no implican el consumo de una sustancia (adicción al juego, al sexo y a las compras compulsivas, entre otras). Así mismo, se ha participado en numerosas intervenciones individuales e intervenciones grupales con los propios usuarios (principalmente de juego, alcohol y cannabis) y

con familiares (el grupo de padres y un programa dirigido a padres cuyos hijos tienen problemas con alguna adicción “Bitácora”).

Durante todo el periodo de prácticas, se ha obtenido mayor interés sobre el consumo de cannabis debido a la extensa información adquirida en la participación de las entrevistas individuales. El motivo principal de la realización de este trabajo de investigación es un aumento de la demanda de jóvenes en los centros de tratamiento, y cada vez a edades más tempranas². Los jóvenes acuden al centro por diversos motivos, aunque principalmente acompañados por sus familiares, por medidas alternativas impuestas desde Fiscalía de menores o para asistir a un Programa Alternativo de Sanciones Administrativas³ (P.A.S.A).

En segundo lugar, se ha participado en una entrevista con el Trabajador Social, Gonzalo García Prado, del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Aragón (CEIMJ). En ella, se refería que había aumentado el número de personas con un perfil de “menor internado por cometer algún delito bajo los efectos del sustancias psicoactivas, en su mayoría cannabis”. Estos datos se demuestran en un artículo que escribió él mismo (García Prado, 2013, págs. 9-10), donde señalaba “desde hace unos años se ha consolidado el cannabis como la droga ilegal de mayor cotidianidad y frecuencia”, “cada vez es más observable el consumo de algunas de las sustancias de forma cotidiana, en soledad y en todas circunstancias sin que sea necesaria la excepcionalidad del momento.

Y para finalizar, se tiene interés en realizar el diseño de un proyecto de prevención sobre el consumo de cannabis en la localidad de Alfambra (Teruel) para un futuro próximo. En efecto, antes de empezar a diseñar el proyecto, se ha creído conveniente analizar los

² Durante la estancia en el CMAPA, la edad mínima de los jóvenes que asisten a tratamiento son 13 años.

³ Ver programa P.A.S.A desarrollado en el marco teórico.

conocimientos y los comportamientos que presentan una población específica, como son los jóvenes del CMAPA.

De esta manera, una vez analizados los resultados, se observará aquellos aspectos en los que hay que incidir en la elaboración del proyecto de prevención en los jóvenes. Por ejemplo, en el caso de observar un claro desconocimiento de la legislación se deberá incidir en actividades dinámicas que permitan el conocimiento de la misma. En definitiva, se cree que existe una relación entre la percepción de riesgo percibido sobre el uso/ abuso del cannabis y diferentes variables, como son la prevalencia del consumo, la edad de inicio y el conocimiento e información sobre el cannabis, entre otras.

Teniendo en cuenta este marco general, con esta investigación se ha elegido una población muestral para estudiar "los jóvenes del CMAPA" y el objetivo que se pretende es "conocer la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis de los mismos", mediante el análisis de los datos obtenidos de una entrevista individual (método cualitativo) y una encuesta (método cuantitativo) de manera simultánea.

Una vez realizada la recogida de datos, se ha procedido al análisis de las respuestas a cada pregunta concreta del cuestionario, elaborando una interpretación de las observaciones recogidas de manera objetiva, y se conforma un apartado de conclusiones finales sobre la investigación. Finalmente, se ha realizado una propuesta orientada hacia la prevención desde una perspectiva de intervención socio- educativa.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación, se expone los objetivos que se han ido planteando en la presente investigación social:

Objetivo general del estudio:

Conocer la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis en jóvenes de 18 a 25 años que están en tratamiento en el Centro Municipal de Atención y Prevención a las Adicciones en Zaragoza.

Objetivo específicos del estudio:

- Estudiar la intervención realizada desde el Trabajo Social con los jóvenes que presentan una problemática de consumo de cannabis⁴.
- Describir las características socio-demográficas de la población estudiada.
- Averiguar si existe una relación entre la percepción de riesgo y otras variables evaluadas en el estudio.
- Formular una posible propuesta de mejora con la información obtenida a lo largo de la investigación.

⁴ Dicho objetivo se realiza mediante la observación participativa en un centro concreto, el CMAPA, y el análisis de documentación del Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

2.2 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Consecutivamente, se expone algunas de las hipótesis que se plantearon previamente a la realización de la investigación social.

Hipótesis general del estudio:

Existencia de una escasa percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis en jóvenes de 18 a 25 años que están en tratamiento en el Centro Municipal de Atención y Prevención a las Adicciones en Zaragoza

Hipótesis específicos del estudio:

- La mayoría de los jóvenes vienen obligados por sus padres.
- Predominan los jóvenes con consumo de cannabis de forma diaria.
- El consumo de cannabis está asociado al ocio juvenil.

2.3 DIFICULTADES ENCONTRADAS.

La realización de la investigación no ha estado exenta de dificultades. El concepto de la investigación es un fenómeno social no estático y que tiene como objetivo “Conocer la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis en jóvenes de 18 a 25 años que están en tratamiento en el CMAPA en Zaragoza”. En este apartado se aborda de forma superflua tres aspectos principales:

Un dato a tener en cuenta es que en *las investigaciones de las ciencias sociales no cuentan con instrumentos tan precisos como los de las ciencias naturales*. Es decir, uno de los mayores inconvenientes con los que se ha encontrado ha sido la dificultad de medir aspectos tan subjetivos: la percepción de riesgo, intereses, satisfacciones, actitudes, comportamientos o motivaciones de los jóvenes. No obstante, la utilización de instrumentos para la recogida de datos como las entrevistas y el uso de los cuestionarios ha permitido realizarla con éxito.

En cuanto a *la realización de las entrevistas es importante tener en cuenta que la presencia del entrevistador* influía en los entrevistados, donde la realidad podía ser alterada.

Una de las sensaciones que se ha tenido es que algunos jóvenes respondían de acuerdo a buscar una respuesta “correcta” o lo que el investigador “quería oír”, y no lo que ellos de verdad pensaban. Un claro ejemplo de ello es en la realización de una entrevista, cuando un joven miraba al entrevistador e iba cambiando de respuesta a la vez que me preguntaba si estaba bien contestada esa pregunta.

Así mismo otra dificultad que se ha encontrado ha sido la *imposibilidad de realizar la entrevista a toda la población*, dado que más de la mitad de los jóvenes (58%) habían abandonado tratamiento durante el periodo de estudio (octubre-junio) y no se ha podido contactar con ellos. No cabe duda que de haber contado con su participación se hubiera obtenido una muestra más representativa a la realidad estudiada.

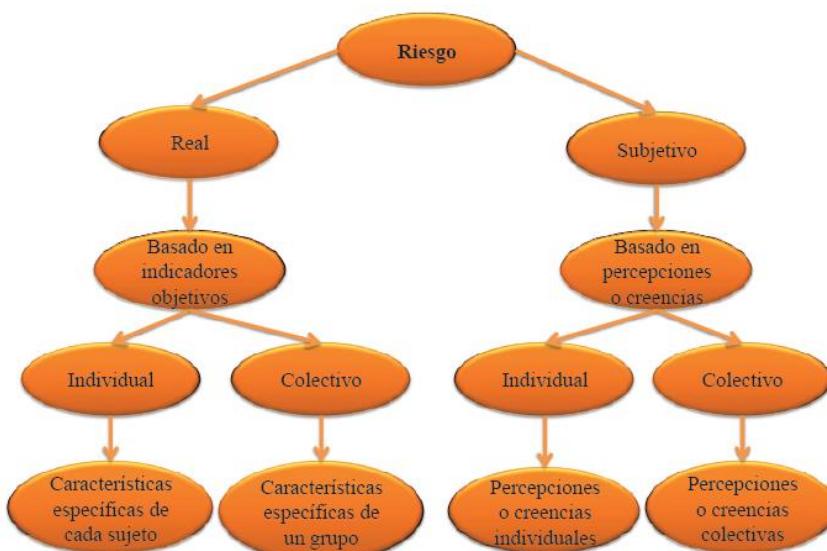
3. MARCO TEÓRICO.

3.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO.

Antes de detallar qué se entiende por “percepción de riesgo”, es importante tener en cuenta que es un concepto teórico complejo, que presenta dificultades para ser medido y observar su influencia en las personas.

Con relación al concepto “riesgo”, puede entenderse como “*contingencia o proximidad de un daño*” (Diccionario de la Real Academía Española, 2001). Este concepto es muy amplio, por ello, en la siguiente figura se explica las diferentes afecciones que puede tener.

Ilustración 1: Afecciones de riesgo.



Fuente: Instituto de investigación de drogodependencias Alicante 2012.

Teniendo en cuenta la presente investigación, la definición más concreta de riesgo es “*entendida desde un plano subjetivo como las creencias o percepciones de las personas individuales ante una situación determinada*”. En este caso, se refiere a la creencia de cómo

afectará el consumo de cannabis a la propia persona (consecuencias y beneficios).

Como todo concepto teórico, se han desarrollado diversas teorías sobre la "percepción de riesgo" bajo la disciplina de la psicología social, contextualizándolo en el marco de conductas adictivas.

El autor Pastor. G (2000) propone que la percepción de riesgo es "*un proceso cognitivo que se apoya en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, personas, objetos, etc. que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor*". Este propio juicio, que cada persona desarrolla, condicionará su comportamiento.

En efecto algunos autores como Parker, Aldridge, y Measham (1998) afirmaban que "*las decisiones sobre el uso de drogas están relacionadas con las apreciaciones de beneficio y riesgo que el consumo supone*"⁵. Por ejemplo: una persona que consume diariamente y no identifica ninguna consecuencia de ello tendrá una baja percepción de riesgo, en cambio, aquella que identifique efectos dañinos para su organismo y sus relaciones sociales, podría tener una mayor percepción de riesgo.

Respecto a todo lo nombrado anteriormente, Becoña Iglesias (1999) consideraba que la percepción de riesgo en los jóvenes era un aspecto que ayudaba a predecir la intención conductual de los mismos, "*la percepción de riesgo es una variable de relevancia para explicar el consumo o no de sustancias, el cual se mantendrá de acuerdo a las consecuencias negativas o positivas de éste. Las personas toman decisiones ante diversas situaciones*"⁶. Éste autor defendía que no se tiene la misma percepción de riesgo respecto a las

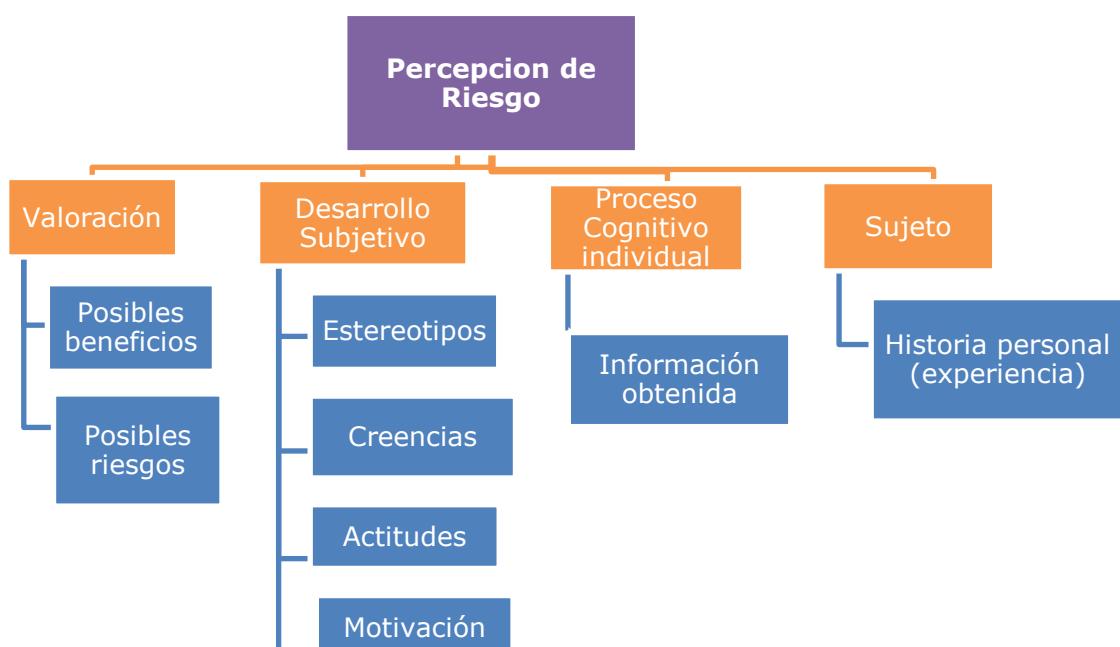
⁵ Citado en el presente documento (Ruiz-OLivares. R & et al, 2010)

sustancias consideradas como legales (alcohol y tabaco) que a las ilegales (cannabis entre otras), puesto que los medios de comunicación y las personas del entorno reafirman esas conductas a través de campañas publicitarias o el consumo en las vías públicas.

Y por último, según Kumate (Valdez González, 2005) “*la percepción de riesgo puede llevar a una persona a tomar la decisión de actuar de una manera determinada, a través de la ponderación de aspectos personales y ambientales. Este autor afirma que la percepción de riesgo se establece a partir de decisiones razonadas de la persona que lo lleva a implicarse o no en el consumo; relacionada con las creencias, valor afectivo, la percepción de expectativas de personas significativas y la autoeficacia*”.

Tomando como referencia a los anteriores autores, se puede afirmar que la percepción de riesgo está determinada por algunos factores como son: la historia personal (experiencias), la información obtenida (tanto en cantidad como calidad), las creencias y actitudes, los estereotipos y la motivación de la propia persona.

Ilustración 2: Percepción de riesgo.



Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, la definición de percepción de riesgo:

Conocimiento adquirido por medio de la historia personal que permite al individuo obtener una interpretación de carácter subjetiva y racionalizada sobre una situación determinada (el consumo de cannabis), permitiendo la comprensión de los riesgo y beneficios de llevar a cabo esa conducta.

Esta percepción de riesgo es temporal, puesto que el proceso de percepción evoluciona a medida que se modifican las factores nombrados anteriormente.

Esta fuera de duda que, a menor percepción de riesgo mayor probabilidad de consumo de sustancias y a mayor percepción de riesgo menor probabilidad de consumo. Por consiguiente, la percepción de riesgo y el consumo están relacionados.

A continuación, se muestra una gráfica que muestra la asociación entre el consumo de cannabis y el riesgo percibido ante el consumo de esta misma droga (Plan Nacional Sobre Drogas & Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2009). Las conclusiones que podemos obtener de la misma son:

- La existencia de mayor percepción de riesgo se da en el consumo habitual de cannabis (una vez a la semana) alguna vez en la vida (30'4%).
- La menor percepción de riesgo se visualiza en consumo habitual de cannabis (una vez a la semana) alguna vez en la vida (76'7).

Asimismo, otro aspecto a tener en cuenta es el desconocimiento de la población ante la percepción de riesgo de la sustancia. Tomando como referencia el apartado "no sabe", es un alto porcentaje de la población los que omiten los posibles riesgos.

Tabla 1: Percepción de riesgo del consumo de cannabis según el PND.

Prevalencia de cannabis	Percepción del riesgo del consumo de cannabis				
	No sabe	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran Riesgo
Percepción de riesgo ante el consumo esporádico de cannabis (una vez al mes o con menos frecuencia).					
Alguna vez en la vida	59.4	61.5	34.9	18.5	25.2
Alguna vez en los últimos 12 meses	53.7	53.6	27.9	13.2	19.7
Alguna vez en los últimos 30 días	39.1	37.8	18.2	7.6	13.0
Percepción de riesgo ante el consumo habitual de cannabis (una vez a la semana o con más frecuencia).					
Alguna vez en la vida	54.8	76.7	48.8	24.0	30.4
Alguna vez en los últimos 12 meses	50.1	71.2	41.8	17.9	24.0
Alguna vez en los últimos 30 días	40.9	57.5	28.1	10.4	16.7

Fuente: Elaboración propia mediante los datos del estudio

3.2 CÁNNABIS.

El cannabis o cáñamo viene derivado de un arbusto “cannabis sativa” de color verde oscuro con hojas perennes, lobuladas y serradas. Es una planta dioica, es decir, con flores masculinas y flores femeninas que favorecen la polinización en aceites esenciales y resinosos. Según el Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral (Gobierno de la Rioja, 2014) “*El sexo de la planta se diferencia por el examen de las flores; las masculinas pueden apreciarse a simple vista y se agrupan en racimos, y las femeninas son casi invisibles y se agrupan en espigas*”⁷

Tiene un gran tamaño puede llegar a crecer 6 metros de altura dependiendo de las condiciones de cultivo, por lo tanto, el terreno y el clima condicionan las características de la planta y la recolección de la sustancia para elaborar el “hachís” o la “marihuana”.



El cannabis sativa contiene aceites que producen un olor denso y profundo. “*Esta planta contiene más de 400 componentes químicos, de los cuales se conocen al menos 60 cannabinoides que actúan en el sistema nervioso central, afectando en el cerebro y el sistema*

⁷ Ver página web Mano a Mano: Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias. (Gobierno de la Rioja, 2014). Visto el 30/04/2014.

inmunológico. Los más destacables por sus efectos psicoactivos son el tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD) y el cannabinol".⁸

El más conocido es el delta-9- tetrahidrocannabinol por sus efectos activos. Es una sustancia ilegal susceptible de abuso, que produce un efecto placentero por la liberación de dopamina y una situación de dependencia a la persona que la consume. La peligrosidad de este compuesto depende de muchos factores como son la concentración de tóxico, la frecuencia de consumo, la edad del consumidor, su estado de salud y la interacción con otras sustancias tóxicas. Por otra parte, el cannabidiol presenta una actividad ansiolítica y sedante.

Según el Informe del Cannabis II (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009), el cannabis se puede presentar en dos formas:

1. El hachís o "chocolate", una resina de color marrón que se obtiene de las flores de las plantas hembras tras su prensado. También se puede presentar en forma de aceite preparado mediante la destilación de la planta.
2. La marihuana o " hierba", que consiste en el triturado de las semillas, tallos, hojas y flores secas de la planta.

Según el informe Cannabis II (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2013) "el hachís contiene más proporción de THC (15-50%) que la marihuana (1-5%)". "La cantidad de THC que se absorbe y la velocidad de la absorción depende de la vía de administración".

⁸ Tomado de (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, pág. 34)

Se puede encontrar diversas vías de consumo, aunque la más habitual es intrapulmonar. Esta vía de administración produce los efectos a los dos minutos del consumo y su duración es de 3 horas aproximadamente. No obstante, el consumo por vía oral está aumentando progresivamente apareciendo los efectos a la media hora de consumo y pudiendo durar hasta 6 horas. Y la forma menos utilizada y con unos efectos más potentes es la vía intravenosa, donde llega directamente a la sangre.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2013), el THC recorre el organismo unido a las proteínas plasmáticas hasta llegar al hígado, pulmones e intestinos, pasando en menor proporción al Sistema Nervioso Central, y quedándose en la grasa corporal. *“La eliminación del THC en la sangre se produce a través de las heces (68%) y la orina (12%) y en menor medida por el pelo, la saliva y sudoración (20%)”*. En cuanto al tiempo de eliminación en un consumidor eventual puede durar una semana, pero en consumidores crónicos hasta más de un mes.

Según la guía de información sobre drogas elaborada por el Ayuntamiento de Zaragoza (Ayuntamiento de Zaragoza, n. d), se pueden diferenciar varios tipos de consumo de cannabis⁹:

- *Consumo experimental*: Periodo en el que la persona tiene el primer contacto con el cannabis, ya sea por curiosidad (búsqueda de nuevas experiencias) o presionado por otras personas (coacción). Este contacto se suele dar en la adolescencia o juventud. Una vez experimentado este primer consumo, la persona elige si no consumir nunca más y quedarse en esta etapa o acceder al siguiente nivel, que sería el consumo ocasional.

⁹ Tomo como base el citado documento (Ayuntamiento de Zaragoza, n. d), siendo una elaboración propia.

- *Consumo ocasional*: Etapa de consumo intermitente, cuando la persona consume de manera esporádica. El consumidor ya conoce los efectos que le produce la sustancia y los utiliza como medio para socializarse con el contexto. Está asociado mayoritariamente a consumos grupales de fines de semana u otras festividades con propósitos sociales y recreativos. Si esta situación se llegará a dar con frecuencia, el consumidor podría desarrollar dependencia a la sustancia y adquirir un alto grado de tolerancia, que le llevaría a crear dependencia hacia la misma.
- *Consumo habitual*: Etapa de consumo diaria o de usos más frecuentes que se realizan cada pocos días. Se realiza de manera individual y con dos fines: obtener el beneficio que produce la sustancia y, el más utilizado, consumir debido a esa dependencia física y psicológica. El consumo de cannabis pasa a formar una actividad de la vida cotidiana y asociada a determinadas actividades como un ritual (antes de dormir, después de comer, etc.).
- *Consumo compulsivo*: Etapa de consumo diario, repetitivo y de manera abusiva y problemática. La vida del consumidor gira entorno a la sustancia psicoactiva y tiene dificultades para resolver sus problemas.
- *Sobredosis*: Periodo de intoxicación aguda, cuando el consumidor ha tomado una dosis superior a la que su organismo puede tolerar. En estos casos, la persona tiene que ser ingresada en un centro hospitalario para llevar a cabo una desintoxicación, sino podría generar la muerte.

3.3 CONTEXTUALIZACIÓN MUNDIAL, EUROPEA Y NACIONAL.

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática social que es visibilizada e influye a nivel mundial y que necesita ser tratada desde un contexto transnacional, sin embargo es más accesible intervenir directamente en el ámbito nacional y local.

➤ Situación Mundial.

Los datos obtenidos por el Informe de La Comisión Clínica del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas en 2011 confirman que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en todo el mundo y tiene mayor prevalencia, como se muestra en el gráfico reflejado a continuación. Así mismo, destaca a América del Norte (Estados Unidos) y Europa Occidental (Dinamarca, Francia, Reino Unido y España) como principales lugares de consumo.

Ilustración 3: Prevalencia de sustancias psicoactivas.



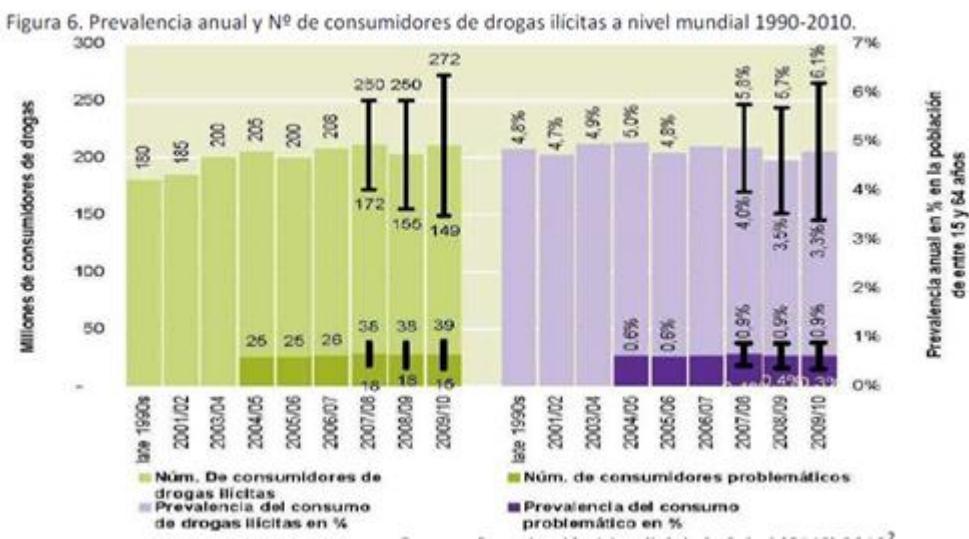
	Prevalencia (%)		Número (miles)	
	Baja	Alta	Baja	Alta
Cannabis	2,6	5,0	119 420	224 490
Opioides	0,6	0,8	26 380	36 120
Opiáceos	0,3	0,5	12 980	20 990
Cocaína	0,3	0,4	13 200	19 510
Estimulantes de tipo anfetamínico	0,3	1,2	14 340	52 540
"Éxtasis"	0,2	0,6	10 480	28 120
Cualquier droga ilícita	3,4	6,6	153 000	300 000

Fuente: Informe de la Comisión Clínica.

Según el Informe Mundial sobre drogas presentado por la Organización Mundial de la Salud en 2012, el número de consumidores de sustancias ilegales ha ido aumentando progresivamente, así como la prevalencia de consumo problemático en estos últimos seis años (2004-201

0).

Ilustración 4: Prevalencia anual y nº de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial 1990- 2010.



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2012

Siguiendo el Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013), destaca “*un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis en comparación con el año 2009 entre la población de 15 a 64 años de edad*”.¹⁰

➤ Situación Europea.

La Unión Europea cuenta con 25 Estados miembros, donde las pautas en el consumo de sustancias psicoactivas han variado dependiendo del Estado y del momento en el que se encuentre.

En la actualidad, uno de los rasgos principales en materia de drogodependencias en Europa es el registro de una elevada tasa de consumo de sustancias ilegales, aunque se mantiene de manera estable en los últimos años. Además, se representan la aparición de nuevas pautas de consumo, como son la creación de nuevas drogas sintéticas y la accesibilidad al mercado de todo tipo de sustancias

¹⁰ Ver el “Informe Mundial sobre las Drogas”.

debido a factores en los avances en tecnologías de la información (internet, manipulación de sustancias, etc.).

Otro de los rasgos a señalar es el aumento de los niveles de prevalencia del consumo del cannabis. Como indica el informe Cannabis II (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, pág. 16) España se encuentra entre los cuatro primeros países de la Unión Europea con una elevada tasa de prevalencia de consumo de cannabis, exactamente “*un 38% en personas jóvenes de 15 a 34 años*”.

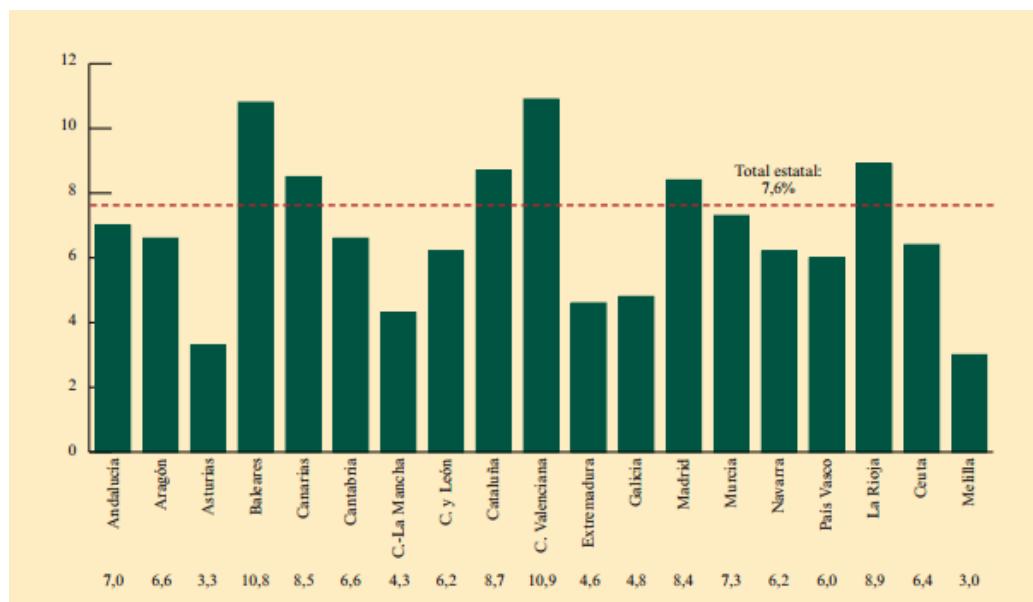
En cuanto a las políticas aprobadas por el Consejo Europeo encontramos la Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas en el periodo de 2005-2012 (Delegación Europea contra las Drogas, 2004), que tiene como finalidad “*alcanzar un nivel elevado de protección de la salud y bienestar completando la acción de los Estados miembros en cuanto a prevención y reducción del consumo de drogas*”. Ésta se divide en dos ámbitos de acción: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta; y otros dos temas transversales, como son la cooperación e investigación internacional, por un lado, y la información y evaluación, por otro.

No obstante, cabe destacar un aspecto positivo es el aumento de las personas que asisten a tratamiento por consumo de cannabis y la diversidad de servicios que se ofrecen. Según el Informe Europeo sobre drogas: tenencias y novedades (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanias, 2014), “*Europa ha visto aumentar el número de clientes de cannabis que entran en tratamiento por primera vez, de 45.000 en 2006 a 60.000 en 2011*”.

➤ Situación Nacional.

Confirmando la teoría de que el cannabis es la sustancia psicoactiva más extendida en España, se puede observar en la siguiente gráfica elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas (2009), donde muestra la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años.

Ilustración 5: Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años.



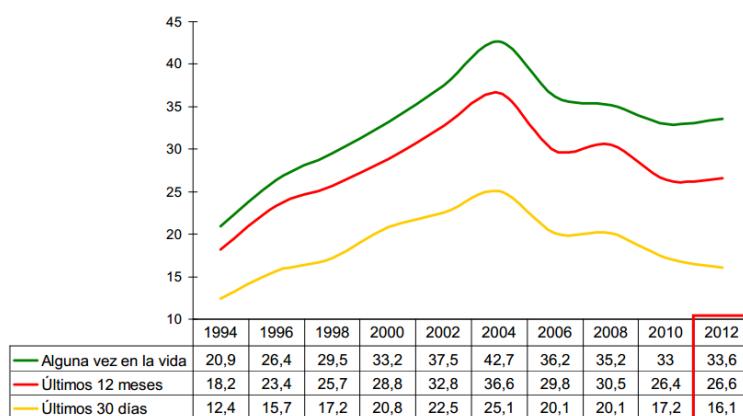
Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (2009)

Con el fin de conocer la evolución del consumo de cannabis actualmente, se ha utilizado un gráfico aportado por la Encuesta ESTUDES del año 2013. Esta encuesta contiene tres escalas que detectan el consumo problemático: Cannabis Abuse Screening Test (CAST), Severity of Dependence Scale (SDS) y los criterios recogidos en el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

La siguiente ilustración refleja los cambios que se han ido produciendo a lo largo del tiempo tanto de la prevalencia como de las características de los consumidores de cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. Se puede observar como

desde el 1994 ha aumentado un 12'7% la población que ha consumido alguna vez en la vida, un 8'4% la población que ha consumido en los últimos 12 meses, y un 3'1% la población que ha consumido en los últimos 30 días. Este tipo de medidas permite conseguir información relevante para llevar a cabo las intervenciones en salud pública en este colectivo.

Ilustración 6: Prevalencia de consumo de Cáñabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años



Fuente: Plan Nacional sobre Drogas 2013.

En cuanto a las políticas a nivel nacional se encuentra la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2010 (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2013), que tiene como finalidad “*orientar, impulsar y coordinar las diferentes actuaciones en materia de drogas*”.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, se han desarrollado normas legislativas como la Ley 3/2001 de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias¹¹.

¹¹ El documento digital es el BOA núm.43, de 11 de abril de 2001. Se puede encontrar el documento digital en www.aragon.es. Visitado el 30 de abril de 2014.

3.4 CONSECUENCIAS SOCIALES Y CLÍNICAS DEL CONSUMO DE CÁNNABIS.

Numerosas investigaciones y estudios han demostrado que el consumo de cannabis tiene consecuencias negativas para el sujeto de manera directa e indirecta, tanto en sus relaciones interpersonales como para su salud (Ruiz-OLivares. R & et al, 2010). Estas consecuencias dependen de múltiples factores: la sustancia consumida, la cantidad, el modo de administración y su frecuencia, las expectativas y actitudes, etc.

El consumo de sustancias tiene efectos sobre la salud de forma directa (padecer problemas de salud transitorios o graves e irreversibles, sobredosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.) e indirecta (accidentes de tráfico, deterioro en las relaciones interpersonales, bajo rendimiento escolar, legales, etc.)" (Ruiz-OLivares. R & et al, 2010).

Por ello, es necesario conocer algunas de las consecuencias sociales y clínicas que puede generar el consumo de cannabis.

➤ Las Consecuencias Sociales¹²:

1. Mayores índices de conflictividad y comportamientos agresivos.

El consumo de sustancias psicoactivas puede generar situaciones y conflictos que llevan a reacciones violentas, como pueden ser peleas, robos, asesinatos, infracciones, etc.

2. Bajo rendimiento en el centro escolar o ámbito laboral.

Los consumidores habituales de cannabis obtienen rendimientos significativamente inferiores a las personas que no consumen. El cannabis afecta a la atención, concentración, retención inmediata y

¹² Los datos reflejados en este apartado son obtenidos desde la experiencia práctica en el CMAPA.

motivación de los jóvenes para el aprendizaje, provocando impedimentos en el desarrollo normalizado de tareas y posibles daños neurológicos.

3. Dificultad para relacionarse con las personas.

Se produce un deterioro de las relaciones personales, dado que en ocasiones la persona consumidora miente y engaña a los de su alrededor con el fin de ocultar el consumo, generando una pérdida de confianza por parte de su familia y amigos hacia él.

4. Deterioro de las relaciones interpersonales.

Esta situación se da cuando la persona consumidora prioriza el consumo ante la relación con su familia o sus iguales, donde opta por perder o abandonar la relación que tiene con los mismos.

5. Debilitamiento personal.

La persona recurre constantemente al consumo para "solucionar" sus problemas, dejando de participar en la sociedad y abandonando sus metas o planes que le permiten crecer como persona. Asimismo, pasa la mayoría del tiempo pensando que llegue el momento del consumo.

6. Síndrome amotivacional.

Según Smith "el síndrome amotivacional es un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años"¹³. Una característica de este síndrome es que la persona se vuelve apática hacia todo lo que le rodea. Algunos autores no aceptan el síndrome amotivacional en sus códigos, pero no niegan su existencia.

¹³ Ver el documento ¿Síndrome amotivacional? Consumo de Cannabis e inicio precoz (Tenor, 2012)

7. *Aspectos legales.*

Los principales ordenamientos jurídicos que podemos encontrar son: el Código Penal (Arts. 20, 21, 87, 368-370), Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (art. 25.2), La Ley 17/2005, de 19 de julio por la que se regula el permiso y licencia de conducción por puntos, y por último, la Ley de Prevención de Riesgo Laborales (art. 22 vigilancia de la salud).

8. *Seguridad vial y conducción bajo los efectos del cannabis.*

Según el informe Cannabis II “*existen estudios que demuestran un mayor riesgo de colisión, con resultado de lesiones y de muerte, en las personas que conducen bajo los efectos del cannabis*”. Estos se han demostrado analizando la presencia de sustancias psicoactivas en la sangre u orina, en este caso de cannabinoides.

➤ Las Consecuencias Clínicas¹⁴.

1. *Efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC).*

El consumo de cannabis afecta directamente al tejido cerebral causando daños en su funcionamiento. En la actualidad existe una preocupación social por parte de los profesionales de la salud en este ámbito, puesto que los jóvenes empiezan a consumir a edades más tempranas cuando su cerebro todavía se está formando. La edad de inicio es un factor clave en los efectos que produce la sustancia en la salud de la persona.

¹⁴ Datos obtenidos desde el Informe de la Comisión Clínica (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

- Ver anexo C.

Este consumo afecta a las *capacidades psicológicas* del sujeto produciendo un efecto bifásico, donde principalmente tiene una sensación de estimulación producida por la sustancia THC (euforia, bienestar, risa fácil y ansiedad) y después una fase de relajación-sedación provocada por los efectos del cannabidiol (locuacidad, dificultad en la concentración, alteración de la memoria y disminución de la atención).

El consumo de cannabis de manera habitual durante un largo periodo produce cambios en el cerebro afectando a las *capacidades cognitivas* del sujeto. Son varios los efectos que produce entre ellos: deficiencias en la atención, percepción, capacidad psicomotora, reducción de la velocidad de procesamiento de la información, alteración de la memoria, etc. No obstante, se ha visualizado en las encuestas ESTUDES una clara asociación entre el consumo de cannabis y el peor rendimiento académico en los estudios.

En cuanto a la seguridad vial y conducción de vehículos, se ha demostrado que hay mayor riesgo de colisión en las personas que conducen bajo los efectos del cannabis, puesto que afecta al rendimiento psicomotor.

Los efectos producidos en la *función motora* provocan relajación, incoordinación motora, ataxia, temblores y debilidad muscular. En algunas ocasiones, se utiliza el consumo de cannabis para inducir al sueño, como un *efecto sedante*.

Y por último, la *percepción sensorial* se ve afectada en un incremento de la sensibilidad visual, auditiva y táctil, aunque notando una distorsión en el espacio y tiempo.

2. Efectos en el Sistema Cardiovascular.

Tras el consumo de cannabis, la persona puede sufrir una alteración de la frecuencia cardíaca debido al aumento o reducción de la presión arterial. Los principales síntomas que se producen es la sensación de mareo, hipotensión o la pérdida de conocimiento. Se puede apreciar una menor tolerancia a la realización de ejercicio físico o la aparición de enfermedades cardíacas.

3. Efectos en el Sistema Respiratorio.

Normalmente el cannabis se consume mezclado con tabaco, y por lo tanto, sus efectos son semejantes. El monóxido de carbono, las sustancias cancerígenas y la mezcla de cannabinoides son las principales sustancias que inducen una alteración en las vías respiratorias provocando bronquitis e incluso enfermedades, como el cáncer de pulmón.

4. Efectos oculares.

Principalmente, se pueden producir el enrojecimiento de la conjuntiva, disminución de la producción de lágrimas, mayor sensibilidad al reflejo pupilar de la luz y la caída del parpado.

5. Efectos en el Aparato Digestivo.

Empezando por la sequedad de boca en consecuencia por la reducción de saliva producida y el enlentecimiento del vaciado gástrico. Durante los efectos del cannabis, el sujeto posee un aumento del apetito y sobre todo de alimentos ricos en azúcares.

La marihuana es usada como un medicamento antiemético, es decir, una sustancia natural que es eficaz contra los vómitos y náuseas. Esto significa que el cannabis es utilizado con fines terapéuticos para disminuir las náuseas y vómitos en pacientes en

tratamiento de quimioterapia, dado que los cannabinoides hacen una función analgésica.

6. Efectos en el Sistema Endocrino y Reproductor.

El componente THC produce que disminuyan la secreción de hormonas sexuales, y por tanto, reduce la fertilidad. En el caso de las mujeres, se podría producir la alteración del ciclo menstrual.

3.5 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.

Los factores de riesgo y los factores de protección son definidos por Clayton (1992) un *atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa o disminuye la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas, mantenimiento)*".

En relación a la investigación planteada, los factores de riesgo del consumo de cannabis son aquellas características o situaciones que aumentan la probabilidad de que una persona consuma cannabis y pueda desarrollar alguno de los efectos anteriormente planteados (accidentes de tráfico, problemas legales, desarrollo de esquizofrenias u otros). Éstos tienen una serie de principios generales (Clayton, 1992):

- No siempre están presentes. La persona puede decidir si exponerse a esos factores y aumentar la probabilidad de que se produzca el consumo.
- La presencia de un único factor no determina que sea seguro su consumo, al igual que su ausencia no certifica que no se dé.

De esta manera, los factores de protección son "aquellos variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso/abuso de drogas"¹⁵ (Félix- Ortiz & Newcomb, 1992).

Con el objetivo de centrar la investigación, se va a representar en una gráfica los factores de riesgo y los factores de protección más destacables que son decisivos para la realización del estudio.

¹⁵ Citado en el documento (Martinez González & et al., 2006)

Tabla 2: Factores de riesgo vinculados al ambiente.

Vinculados al ambiente			
Factores microsociales			Factores macrosociales (culturales)
Ambiente familiar	Ambiente escolar	Grupo de iguales	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baja cohesión familiar. ➤ Clima afectivo inadecuado. ➤ Estilo educativo familiar. ➤ Tolerancia familiar al consumo. ➤ Actitudes permisivas de los padres. ➤ Bajas expectativas de éxito en los hijos. ➤ Estar en una situación de privación económica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de integración. ➤ Tolerancia al consumo en la escuela. ➤ Poca dedicación a la escuela. ➤ Fracaso escolar o abandono temprano de la escuela. ➤ Dificultades en el paso de curso. ➤ Conducta antisocial temprana. ➤ Bajo compromiso con la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación con amigos consumidores. ➤ Presión de grupo. ➤ Normas grupales, actitudes, valores propios del grupo. ➤ Consumo de cannabis como alternativa al ocio. ➤ Conducta antisocial o delincuente temprana. ➤ Relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilidad del acceso al cannabis. ➤ Tolerancia social hacia el consumo. ➤ Falta de recursos, difusión o facilidades para el empleo saludable del ocio. ➤ Planificación urbanística. ➤ Clima social (competitividad, búsqueda de éxito) ➤ Valores contradictorios a la salud. ➤ Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas o comportamientos desviados. ➤ Carencia de una adecuada vinculación. ➤ Residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos y con porcentajes elevados de delincuencia juvenil. ➤ La percepción social de riesgo disminuida.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Factores de riesgo vinculados al individuo.

Vinculados al propio individuo			
Genéticos	Constitucionales	Comportamental	Psicológicos
➤ Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.	➤ Género. ➤ Edad. ➤ Uso temprano de drogas. ➤ Dolor o enfermedad crónica. ➤ Factores fisiológicos.	➤ Baja asertividad y baja autoestima. ➤ Falta de conformidad con las normas sociales. ➤ Elevada necesidad de aprobación social. ➤ Dificultad para el manejo del tiempo libre y falta de alternativas de ocio saludable. ➤ Fracaso escolar. ➤ Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas. ➤ Expectativas positivas respecto a las consecuencias de consumo. ➤ Elevada búsqueda de sensaciones.	➤ Problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo. ➤ Presencia en la infancia de rasgos de personalidad agresiva, aislamiento social, depresivo, impulsividad, introversión, desadaptación social y una baja resistencia a la frustración. ➤ Abuso físico, sexual o emocional. ➤ La presencia de trastornos como la hiperactividad o trastornos de déficit de atención.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Factores de protección vinculados al ambiente y el individuo.

Vinculados al ambiente			
Factores microsociales			Factores macrosociales (culturales)
Ambiente familiar	Ambiente escolar	Grupo de iguales	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimiento de apego. ➤ Normas y límites. ➤ Reparto de tareas. ➤ Mayor directividad en el estilo educativo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacio de socialización e intercambio. ➤ Adecuada relación con los profesores del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciación de las relaciones sociales no consumidoras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de cambios en los hábitos de los individuos. ➤ Leyes que limitan el acceso a las drogas. ➤ Elementos de calidad de vida.
Vinculados al individuo			
Valores	Interacción social	Toma de decisiones	Desarrollo de la autonomía personal
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positivos para la salud. ➤ Prosociales. ➤ Ético- morales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expresar lo que desea. ➤ Fomentar la seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitudes críticas. ➤ Autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asumir responsabilidades. ➤ Expresión de opiniones. ➤ Fomentar la seguridad en uno mismo.

Fuente: Elaboración propia

3.6 EL TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE CONSUMO DE CÁNNABIS.

Para contextualizar el papel del Trabajador Social en la intervención con jóvenes consumidores es necesario tener en cuenta que él mismo forma parte de un *equipo inter y multidisciplinar*. La actuación del equipo multidisciplinar favorece el alcance de los objetivos comunes, dado que se desarrolla una estructura de relaciones y una mejora en la capacidad de organización. La intervención multidisciplinar origina un mayor conocimiento de la realidad de los jóvenes, mediante la complementación entre diversas disciplinas (medicina, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, etc.).

La figura del Trabajador Social es fundamental en el proceso de atención integral a jóvenes consumidores de cannabis. Según Ezequiel Ander- Egg (1995), “*el Trabajo Social tiene como función específica la implementación de políticas sociales y la educación, promoción y animación social y prestación de servicios sociales realizados con alcance asistencial y preventivo de rehabilitación*”.

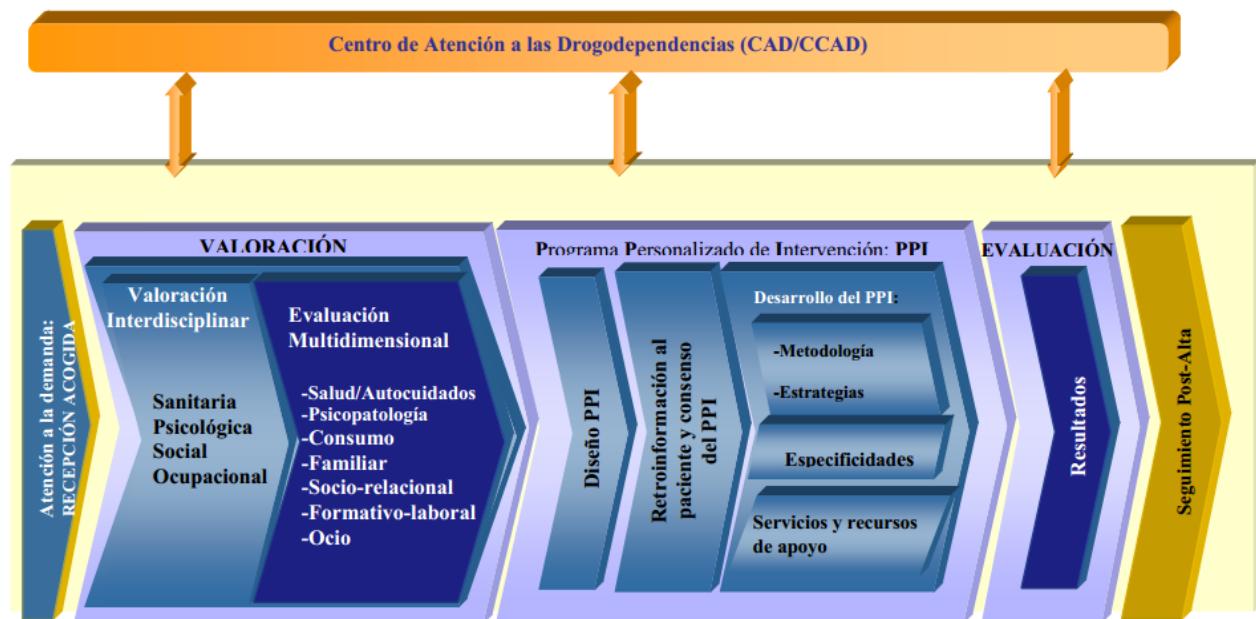
Las intervenciones con personas que tienen problemas de consumo de sustancias psicoactivas poseen unos principios fundamentales: *flexibilidad, dinamismo y globalidad en la intervención, acompañamiento durante el proceso, principio de no etiquetamiento, principio de espera, primacía de la intervención educativa, normalización del joven en su medio, necesidad de apoyo interdisciplinar, y por último, la importancia de la participación familiar en el proceso de intervención*.¹⁶

¹⁶ Reflejado en la Guía de Intervención: Menores y Consumo (Arbex Sánchez, 2002)

Siguiendo el Plan de Adicciones “el proceso de atención integral es definido en función de una serie de etapas, aunque en la práctica no son fáciles de delimitar debido a que se producen de forma simultánea en el tiempo”¹⁷. En la siguiente ilustración, se muestra el **Proceso de Atención Integral a las Drogodependencias**, donde participa la figura del Trabajador Social.

Ilustración 7: Proceso de Atención Integral a las Drogodependencias.

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DROGODEPENDENCIAS



Fuente: Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias

¹⁷ Tomado como referencia del documento (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012, pág. 19)

Atendiendo a la terminología empleada en el CMAPA:

I. Atención a la demanda.

Es el primer contacto entre el joven consumidor de cannabis, el centro de tratamiento y los profesionales

a. Recepción. Es realizada por el personal administrativo del centro.

Corresponde a la toma de datos personales del consumidor (nombre, edad, sustancia consumida, con quién vive y de dónde le han informado del centro) y a la asignación de una primera visita.

b. Acogida. La primera entrevista realizada entre el paciente y un profesional técnico.

El objetivo de esta primera sesión es identificar la demanda que le ha llevado al joven a tratamiento. Se realiza un primer análisis personal identificando las circunstancias previas, la motivación, las expectativas y el grado de implicación en iniciar tratamiento; con el fin de obtener la máxima información posible sobre el caso. Además, de apoyar el deseo de cambio del paciente ante su posible ambivalencia inicial.

El profesional técnico le explica el funcionamiento del centro y el desarrollo que se lleva a cabo en la intervención. En esta cita es cuando el joven decide si no quiere iniciar tratamiento o dar su consentimiento para continuar.

En el caso de aceptar, se firma la hoja de protección de datos y se cumplimenta la ficha de acogida. Ésta contiene datos personales, datos familiares, historia de consumo, datos médicos y psicológicos del propio usuario y aspectos legales. Por último, se asigna un profesional de referencia del centro y se concierta una nueva cita.

El profesional que realiza la acogida debe mantener la escucha activa de la demanda, estableciendo una relación empática que favorezca el vínculo terapéutico, motivando al paciente para que inicie el proceso de atención, recabando información imprescindible y detectando si existe alguna prioridad en la intervención.

II. Valoración.

a. Interdisciplinar. Realizada mediante la coordinación de los terapeutas (Trabajadores Sociales, Educadores Sociales, Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, etc.).

Las siguientes visitas de tratamiento están dirigidas hacia la valoración del joven teniendo en cuenta las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional.

El Trabajador Social es el encargado de intervenir en área social, aunque existe una coordinación con los profesionales del centro para establecer unos objetivos comunes e ir evaluando el proceso del joven.

La función principal con los jóvenes es de educación, así como aportar información sobre los recursos comunitarios (institutos, empresas, etc.) y de los grupos organizados para la estructuración del ocio y el tiempo libre (campamentos, actividades deportivas, etc.). Igualmente, otra de las funciones del Trabajador Social es intervenir con las familias manteniendo la comunicación y buscando la implicación de las mismas en el proceso de desintoxicación.

El Trabajador Social es quien se encarga de realizar el estudio o diagnóstico social que consta del conocimiento del paciente, su entorno familiar y social. El diagnóstico social recoge la información relativa a las características del propio sujeto y el consumo (debilidades y fortalezas), las características del entorno exterior

(amenazas y oportunidades), las necesidades sociales y dificultades que se pueden plantear respecto a la intervención.

Los aspectos que recoge el diagnóstico social son: *“la droga de la que se abusa, la frecuencia, gravedad y duración del problema, la forma en que la familia y el usuario vive la situación, la forma en que se plantea la demanda, conocer si ha habido intentos previos de solución y cuáles han sido, la motivación y la forma de acceso”*¹⁸

Y por último, el Trabajador Social transmite la información obtenida al resto del equipo multidisciplinar para proponer una intervención conjunta y elaborar entre todos el Programa Personalizado de Inserción.

b. Evaluación multidimensional.

El Proceso Integral de Atención a las Drogodependencias tiene en cuenta 7 dimensiones para evaluar al paciente: *salud y autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio*. La evaluación del paciente es a través de las entrevistas diarias con los pacientes durante todo el proceso de tratamiento, recogiendo de manera sistemática la información para cumplimentar la Historia Social y comprobar que la información que aporta es verídica.

La Historia Social permite que todos los terapeutas conozcan la información sobre el sujeto, así como los progresos o retrocesos en su tratamiento. Por consiguiente, facilita el seguimiento y la evolución del mismo.

¹⁸ (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012, pág. 22)

El Trabajador Social va a tener en cuenta las áreas que se enuncian a continuación, con el objetivo de estudiarlas y reducir la posibilidad de que se pueda dar una situación de exclusión social¹⁹.

- Personal. Características del sujeto sobre su estado físico, psicológico y anímico respecto al consumo.
- Familiar: datos actuales, antecedentes, dinámica, estructura, estilo de comunicación, normas y límites familiares, consumo en la familia, puntos fuertes o potencialidades, limitaciones, etc.
- Formativo: Formación escolar previa y posible realización de cursos de formación en diversos ámbitos.
- Laboral: trabajos previos, situación laboral actual, inquietudes y expectativas formativas y laborales a corto, medio y largo plazo (disposición para la actividad laboral, conductas orientadas a la misma, nivel de ajuste de expectativas formativo-laborales, capacitación respecto a objetivos profesionales, actividad laboral y tipo de contrato, satisfacción respecto de su actividad laboral).
- Económico. Situación económica, grado de autonomía personal y conocer la posible red de apoyo económica.
- Vivienda: Situación de convivencia del paciente, tipo de vivienda, núcleo de convivencia y nivel de adecuación y normalización del mismo.
- Relaciones sociales: Red social del paciente, análisis de sus posibles riesgos o potencialidades, existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo. Nivel de arraigo, participación e integración social del paciente en su medio, grado de conocimiento del medio y el entorno social, uso de recursos sociales.

¹⁹ Reelaboración propia basándome en el Protocolo de Intervención Social (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012)

- Ocio y tiempo libre: características del tipo de ocio del paciente y de la gestión de su tiempo libre, especialmente en relación a la utilización de recursos de ocio.
- Situación Judicial: Posibles antecedentes judiciales o actuales medidas judiciales (tercer grado, libertad condicional, etc.) y su posible influencia en el proceso de tratamiento.

III. **Programa Personalizado de Intervención (PPI).**

a) Diseño del PPI.

La información obtenida en la evaluación multidimensional aportada por el Trabajador Social en la reunión (diagnóstico social), crea diferentes perspectivas profesionales sobre la situación del joven.

El equipo interdisciplinar se ocupa del diseño de un programa adecuado a la situación del joven, teniendo en cuenta los objetivos a conseguir en la intervención, las actividades que se van a llevar a cabo y los recursos que son necesarios y de los que se dispone. Este diseño entre distintas disciplinas permite que la intervención sea complementaria y diferente, dado que cada uno aporta estrategias, técnicas o contenidos diversos.

b) Retroinformación al paciente y consenso del PPI.

Es fundamental que el diseño del PPI sea consensuado con el joven antes de concretar el programa de tratamiento.

c) Desarrollo del PPI.

El desarrollo del PPI es el inicio del proceso de intervención, dado que “*implica la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y actuaciones específicas, que resulten necesarias en cada caso y la*

implicación de los recursos de apoyo al tratamiento y reinserción que sean precisos”²⁰.

IV. Evaluación y Seguimiento.

El equipo interdisciplinar debe realizar el seguimiento y la evaluación continua del paciente, de manera que detecten problemas en el desarrollo de la intervención y se produzcan modificaciones en el tratamiento. O en caso contrario, el paciente evolucione de manera positiva y se pueda dar el alta de tratamiento.

²⁰ (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012, pág. 26)

3.7 CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LAS ADICCIONES (CMAPA).



El CMAPA es un servicio que pertenece al Ayuntamiento de Zaragoza. Concretamente forma parte de los Servicios Sociales de la Consejería de Acción Social y Deporte, como un programa de los Servicios Sociales Municipales en la Unidad de Salud y Adicciones. Este programa se constituyó en el año 2004 con la unión del departamento de prevención y atención a las adicciones, dotando un servicio caracterizado por la consolidación de recursos y de profesionales.

Lo que significa que es un Centro Municipal de carácter público y gratuito que depende del Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza. Dentro de Servicios Sociales se encuentra dentro del ámbito Específico de las Adicciones, tanto en la parte preventiva como el área asistencial, con lo cual se realiza una atención, tratamiento y rehabilitación de cualquier persona con un problema de adicción.

Tal y como se refleja en la memoria del 2012 del CMAPA, este centro cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales de las ciencias sociales: trabajadora social, médicos, psicólogos, educadores sociales y administrativos.

En el CMAPA, se trabaja en dos grandes áreas²¹:

1. Atención a las adicciones.

Objetivos generales.

- ✓ Atender de forma personalizada y estrictamente confidencial, mediante un equipo multidisciplinar cualificado, dando una respuesta integral a los ciudadanos en cuanto a la problemática de las adicciones.

Objetivos específicos:

- ✓ Informar, orientar a cualquier persona que realice una demanda acerca de problemas relacionados con el consumo de drogas (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis, etc.), así como otras adicciones (juego patológico, tecnologías, compras, etc.). Informando también a los familiares del afectado y personas cercanas que lo demanden, dicha información se realizará de forma presencial, telefónica o telemática.
- ✓ Realizar tratamientos integrales individualizados a personas que presentan problemas de adicción, así como a sus familiares. El tratamiento es multidisciplinar, abordando la dependencia física y/o psicológica, problemas médicos- psiquiátricos, familiares, sociales, laborales, etc., a través de una metodología de tratamiento individual, familiar o grupal.

²¹ Reelaboración propia apoyándome en la Memoria del 2012 del CMAPA.

2. Prevención de las adicciones.

Objetivos generales.

- ✓ *Sensibilizar tanto a la población en general como a colectivos más específicos sobre las consecuencias derivadas del consumo de drogas.*
- ✓ *Difundir los programas y actividades de prevención que se realizan en el centro.*

Objetivos específicos:

- ✓ *Proporcionar información veraz y actualizada sobre las consecuencias de un mal uso de las drogas, haciendo especial hincapié en las drogas legales.*
- ✓ *Proporcionar y favorecer la utilización de estrategias de auto control y de reducción de daños.*
- ✓ *Facilitar la reflexión sobre el propio consumo.*
- ✓ *Informar tanto a nivel local como autonómico o nacional de los programas preventivos que se llevan a cabo. Los programas preventivos se desarrollan en el ámbito educativo, comunitario y laboral, así como la formación de diversos colectivos”.*

Respecto a los **recursos disponibles**, podemos encontrar:

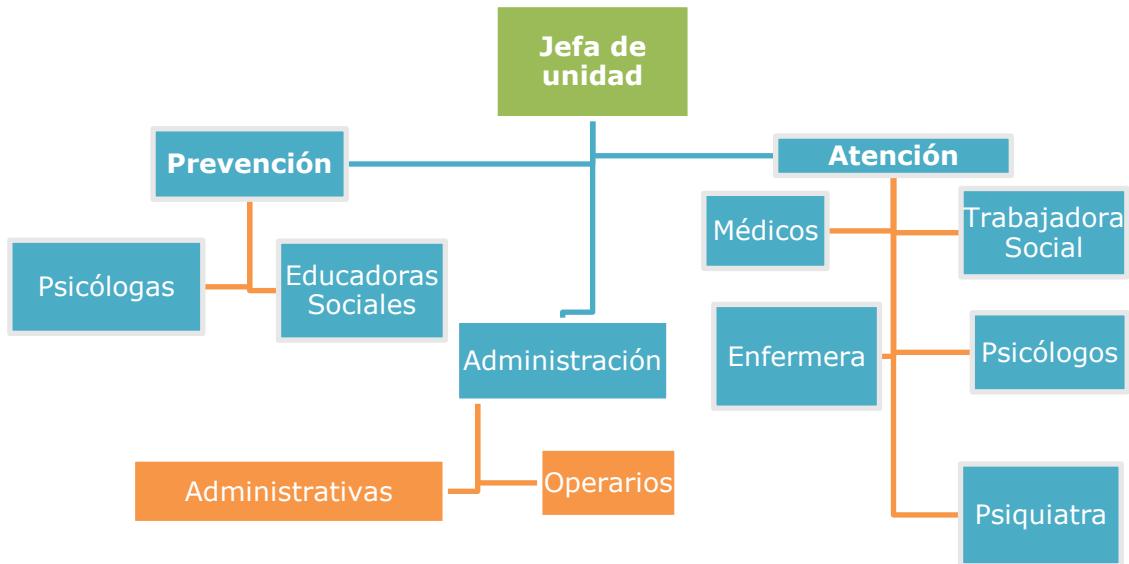
- ✓ *Recursos económicos:* este centro depende íntegramente del presupuesto municipal de Zaragoza destinado al Departamento de Acción Social y Deporte.
- ✓ *Recursos materiales:* las instalaciones, equipamientos, espacios, etc.
 - Recepción.
 - 10 despachos.

- 2 salas de reunión.
 - 1 sala de controles de orina.
 - 1 biblioteca. Contiene un amplio número de libros, cd's folletos, videos, etc. Está disponible para la consulta de los distintos materiales, aunque no se dispone de servicio de préstamo al público en general.
 - 4 salas de terapia de grupo.
 - 1 almacén.
 - 3 servicios para usuarios y 2 para el personal.
 - 1 sala de espera para usuarios y familiares.
 - 1 sala de descanso del personal.
- ✓ *Recursos técnicos:* los programas informáticos, documentales, etc. Que permiten la realización de la labor del centro.
- Programa informático de registro "PICA".
 - Documentos, historiales.
 - Proyector de presentaciones.
 - Materiales monográficos sobre sustancias para los jóvenes o familias.
 - Ordenadores de mesa.
 - Ordenadores portátiles.
 - Televisión.
 - Minicadena.
 - Cañón.
 - Fax.
- ✓ *Recursos sociales:* los diferentes Centros Municipales de Servicios Sociales, centros sanitarios, instituciones, fundaciones y asociaciones que colaboran con CMAPA.

✓ *Recursos Humanos*: todos aquellos profesionales que trabajan dentro del centro:

- 6 Psicólogos.
- 3 Médicos.
- 1 Psiquiatra.
- 1 Diplomada en Enfermería.
- 1 Auxiliar de Enfermería.
- 1 Trabajadora Social.
- 1 Terapeuta Ocupacional.
- 4 Educadoras.
- 2 Auxiliares Administrativas.
- 2 Operario Especialista.

Ilustración 8: Organigrama del Centro.



Fuente: Elaboración propia.

No obstante, **el CMAPA colabora con diferentes unidades municipales**, instituciones y asociaciones

- *Recursos específicos de toxicómanos.*
 1. Derivación y seguimiento de pacientes a Comunidad Terapéutica.
 2. Coordinación con hospitales de referencia para realizar desintoxicación.
 3. Programas de coordinación de apoyo a empleados públicos y privados.
- *Otros recursos.*
 4. Coordinación y derivación en Servicios Sanitarios; por ejemplo en atención primaria, salud mental y hospitalización.
 5. Coordinación y derivación con los Servicios Sociales Comunitarios; por ejemplo en los programas de intervención familiar, seguimiento y formación, reforma de menores, etc.
 6. Derivación de personas bajo libertad condicional con problemas de adicciones de los Centros Penitenciarios al centro.
 7. Juzgados.
- *Instituciones privadas y servicios inespecíficos.*
 8. Caritas.
 9. Fundación Federico Ozanam.
 10. Fundación San Valero.
 11. Casa de la mujer.
 12. Recursos de inserción social.
 13. Centros de Educación de adultos.
 14. Otras.

3.7.1 Programa de sanciones administrativas por consumo y/o tenencia de sustancias de drogas (P.A.S.A).

Siguiendo la Memoria del 2012, el P.A.S.A es un programa con intencionalidad preventiva y educativa, impartido por especialistas del centro (Trabajadora Social y Psicólogo) dirigido a jóvenes menores de 25 años, de ambos性os, sancionados por consumo y/o consumo de sustancias tóxicas en lugares públicos.

Su participación es de manera voluntaria para consumidores ocasionales, teniendo preferencia para acceder a él aquellos jóvenes que el motivo de la sanción sea cannabis.

Este programa se realizó como una medida alternativa a las sanciones administrativas apoyada en la Ley de Seguridad Ciudadana del 1992, concretamente en el artículo 25.2 "Las sanciones impuestas por estas infracciones podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado".

El principal objetivo de los jóvenes es la suspender la sanción o el pago de la multa. En cambio los objetivos de los profesionales es entrar en un contexto socio terapéutico, donde se trabajan los perjuicios del uso y abuso de drogas, estrategias que favorecen estilos de vida más saludables y la utilización de recursos en materia de prevención y atención a las drogodependencias.

La metodología de este programa consta de 6 sesiones de trabajo grupal con una duración de 90 minutos durante 1 mes y medio o terapia individual por medio de visitas durante 4 meses.

4. MARCO METODOLÓGICO.

4.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.1. Método y enfoque de la investigación.

La investigación es *mixta de carácter descriptivo* permitiendo adquirir un conocimiento sobre la realidad social, fundamentalmente cómo es y cómo se manifiesta ese fenómeno, estableciendo una relación entre las variables. De acuerdo con el autor Hernández Sampieri (2003) “es interesante destacar que los estudios descriptivos pueden posibilitar predicciones o relaciones incipientes”²²

En cuanto al alcance temporal de la misma, se trata de una *investigación longitudinal* de una duración aproximada de 11 meses.

La investigación según el tipo de información recogida es de *carácter cuantitativa*, interesándose en los aspectos más objetivos a través de encuestas, y *cualitativa*, tratando de interpretar la realidad mediante entrevistas. Así mismo las fuentes de investigación son mixtas, se extrae la información mediante la aplicación de varios instrumentos (primarias) y analizando datos recabados por otros investigadores (secundarias).

4.1.2. Instrumentos utilizados.

Los instrumentos de recogida de información son múltiples:

- ✓ *Revisión bibliográfica sobre el tema.*

Previamente a decidir el tema de la investigación, se documentó acerca de los materiales mediante los que se podía

²²Ver Batthyány, K. “Metodología de la investigación en las Ciencias Sociales: apuntes para un curso inicial” (Batthyány & Cabrera, 2011, págs. 33-34)

obtener información acerca de "la percepción de riesgo en jóvenes consumidores de cannabis". No obstante, se encontró mucha información en varios libros, informes, revistas, e incluso estudios realizados por autores de otras comunidades autónomas a través de buscadores científicos (dialnet) y páginas webs. Todo el material bibliográfico se encuentra citado en la bibliografía que acompaña el documento.

✓ *Observación- observación participante.*

Durante el periodo de prácticas en el CMAPA, se ha podido participar tanto en las entrevistas individuales con los jóvenes como en las sesiones grupales del programa P.A.S.A. Esta experiencia ha permitido obtener un amplio conocimiento acerca del tema y la motivación de realizar dicha investigación. La observación participante es una técnica que favorece la intervención directa con el objeto estudiado; aportando conocimientos acerca de su consumo de cannabis y de sus opiniones, actitudes, motivaciones, experiencias etc. La participación en las intervenciones de la trabadora social con los jóvenes se ha realizado durante todo el período de prácticas. Esta técnica ha facilitado la identificación y realización de las preguntas para hacer encuestas, sobre todo con la participación en el grupo de discusión P.A.S.A.

✓ *Reuniones interdisciplinares con diversos profesionales.*

Las reuniones con los profesionales del centro y con profesionales de otras instituciones son esenciales para el seguimiento de los casos. Esta participación en las reuniones permite analizar la situación del paciente y buscar conjuntamente una línea de intervención que permita lograr los objetivos planteados. Es importante destacar una entrevista realizada con un profesional de Fiscalía de Menores, en la que trasmitió un aumento considerable en los delitos cometidos por menores bajo los efectos de sustancias

psicoactivas. Y en el caso de otros profesionales, se han mantenido reuniones con personas del Equipo de Medio Abierto (Fiscalía de menores), para conocer el progreso de la intervención conjunta, establecer objetivos comunes, y por último, el seguimiento del caso. El número de reuniones con profesionales del centro ha oscilado entre el intervalo de 5-10.

✓ *La entrevista.*

La parte cualitativa de la investigación se ha desarrollado mediante la entrevista estructurada, donde se hacían las mismas preguntas a todos los jóvenes. El desarrollo de la misma ha sido simultáneamente a la realización de la encuesta. Su finalidad era cognitiva, dado que es interesante conocer las reacciones de los jóvenes ante las preguntas. La entrevista es realizada a 18 participantes.

✓ *La encuesta.*

Según Corbetta (2007) “*una encuesta por muestreo es un modo de obtener información preguntando a los individuos que son objeto de la investigación mediante un procedimiento estandarizado de cuestionario, con el fin de estudiar las relaciones existentes entre las variables*”²³.

La parte cuantitativa de la investigación se ha desarrollado mediante un instrumento como es el cuestionario impreso y realizado cara a cara, con carácter representativo aplicada a la población muestral. Se puede observar el cuestionario realizado en el Anexo D.

Las encuestas se han realizado a 18 personas de manera aleatoria, dado que se dependía de la disponibilidad de los sujetos. Y la duración de la misma era aproximadamente de unos 40 minutos.

²³ Ver el citado documento (Batthyány & Cabrera, 2011, pág. 86)

En primer lugar, se les informa de quién era la persona a realizarla y en qué consistía la investigación. Al mismo tiempo, se insiste en la confidencialidad de los datos y la propia voluntariedad a realizarla; agradeciendo su participación e incidiendo que si alguna pregunta no quiere ser respondida, está en todo su derecho.

Posteriormente, se les explica la manera de rellenarse y la composición de la misma, en 15 hojas separadas en dos bloques:

- i. Preguntas cerradas formuladas a elegir entre una o varias respuestas entre una lista de opciones.
- ii. Gráficas de afirmaciones que miden el grado de identificación con las mismas. Con el objetivo de extraer los datos y obtener resultados se ha clasificado las respuestas en tres grupos:
 - a. Totalmente desacuerdo-poco de acuerdo.
 - b. Medianamente de acuerdo.
 - c. Totalmente de acuerdo- bastante de acuerdo.

En cuanto a la ejecución de las entrevistas, el 78% de la población muestral se encuentra realizando el programa P.A.S.A. como medida alternativa a las sanciones administrativas de duración de mes y medio. Es decir, que en el momento en el que se realizan las entrevistas deberían estar en abstinencia hasta que se realice el último control de orina.

Por ello, a la hora de llenar el cuestionario se les pidió que respondieran a las cuestiones como si todavía no hubieran entrado en el programa. De esta manera, se puede conocer la percepción de riesgo real que tienen los jóvenes.

4.1.3. Variables de la investigación.

- ❖ Características sociodemográficas (sexo, rango de edad, país de origen, estudios, situación laboral y tipo de familia).
- ❖ Frecuencia de consumo de cannabis y las vías de administración del mismo.
- ❖ Conocimiento e información recibida sobre el cannabis.
- ❖ Inicio de consumo de cannabis.
- ❖ Grado de accesibilidad al consumo de cannabis.
- ❖ Efectos que espera conseguir con el consumo de cannabis.
- ❖ Comportamientos de riesgo bajo los efectos del cannabis.
- ❖ Factores de riesgo y de protección.
- ❖ Consecuencias sociales del consumo habitual de cannabis.
- ❖ Consecuencias clínicas del consumo habitual de cannabis.
- ❖ Opinión sobre el grado de peligrosidad del consumo de cannabis y otras sustancias.
- ❖ Consumo de cannabis y otras sustancias.
- ❖ Aspectos legales.
- ❖ Expectativas futuras respecto al consumo de cannabis.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO TEMPORAL.

Fases/ Actividades		Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.
Identificación del problema.	Realización del período de prácticas										
	Revisión de bibliografía										
	Elección del tema a estudiar										
Diseño y planificación de la investigación	Marco conceptual.										
	Marco teórico										
	Marco metodológico										
	Elaboración de entrevistas										
Intervención con la población objetivo	Ejecución de las entrevistas										
Interpretación y reflexión	Resultados, propuesta de mejora y conclusiones										
Entrega y exposición del Trabajo Fin de Grado	Entrega del Trabajo Fin de Grado										
	Exposición del Trabajo Fin de Grado										

Fuente: Elaboración propia

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

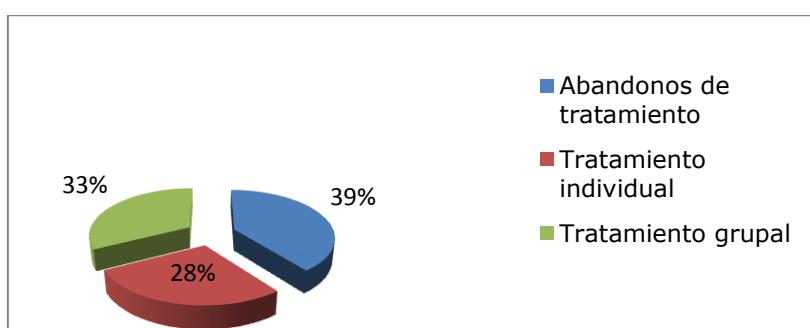
4.3.1. Población diana o universo.

La población diana definida por Juana Robledo Martín (2004) es “*un agregado total de casos que cumple con una serie predeterminada de criterios: características sociodemográficas, sociales, hábitos de vida, problemas de salud, etc.*”²⁴.

De esta manera, la población estudio de la investigación son los jóvenes de 18 a 25 años que están en tratamiento en el CMAPA en Zaragoza por consumo de cannabis exclusivamente. Mediante la utilización de las bases de datos de dicho centro se ha podido recoger los siguientes datos:

El CMAPA cuenta con un total de 43 personas en tratamiento por consumo de cannabis: 14 personas en tratamiento grupal (33%), 12 personas en tratamiento individual (28%) y 17 personas que no asisten a las citaciones (39%), por lo tanto, se consideran abandonos de tratamiento.

Ilustración 9: Población diana según los tipos de tratamiento.



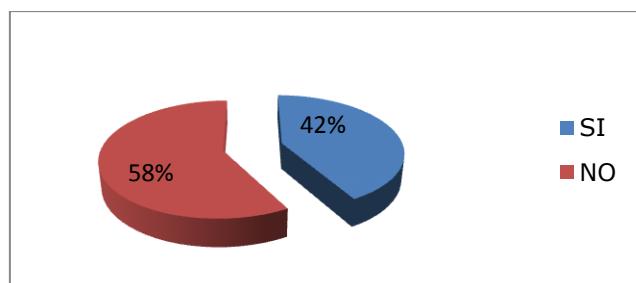
²⁴ Ver Juana Robledo Martín: “Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica”. (Robledo Martín, 2004).

4.3.2. Población accesible y muestra.

En esta misma línea, Juana Robledo Martín define la población accesible como *"el conjunto de casos que satisfacen los criterios predeterminados y que al mismo tiempo son accesibles para el investigador"*, teniendo en cuenta que ésta viene determinada en función de la accesibilidad para el investigador. Y la muestra son las personas que representan a todo el conjunto de la población.

En el estudio la población accesible y la muestra coinciden, puesto que solo se ha podido contar con la participación de 18 jóvenes de ambos sexos para representar a toda la población (42%), debido a la imposibilidad de acceso para realizar las entrevistas a 25 personas (58%) por dos motivos: posibles dificultades en la interacción y por consideración de abandonos de tratamiento.

Ilustración 10: Población accesible y/o muestra.

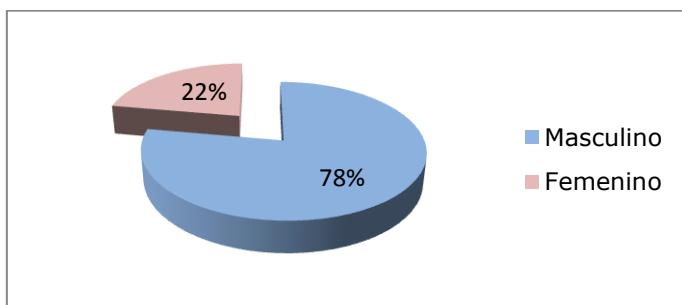


Por lo tanto, los criterios de elección de la muestra fueron determinados por la posibilidad real de realizar una entrevista a los jóvenes que están en tratamiento en CMAPA por consumo de cannabis exclusivamente. Consiguentemente, la muestra es representativa de la población, ya que es casi la mitad de la misma.

4.3.2.1 *Características sociodemográficas de la muestra.*

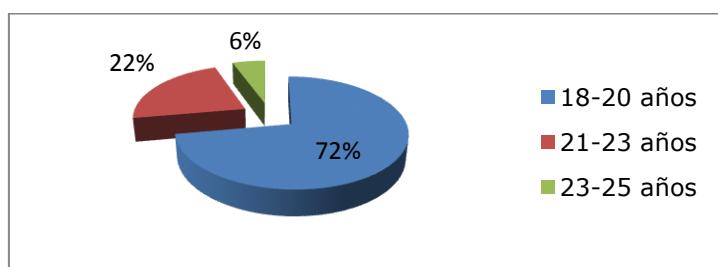
El sexo predominante es el masculino con un 78% y en menor número el femenino con un 22% de los jóvenes entrevistados.

Ilustración 11: Jóvenes entrevistados según el sexo.



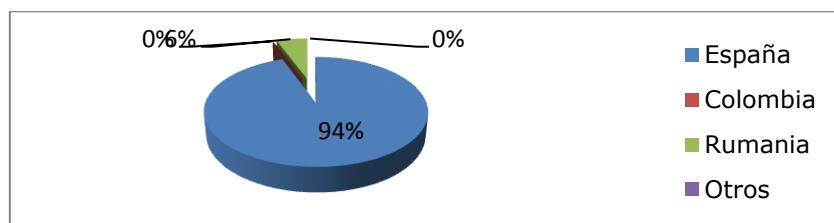
En cuanto a la edad, predomina el rango de edad de 18-20 años con un 72%, después el de 21-23 años con un 22%, y por último, de 23-25 años con un 6% de los jóvenes entrevistados. La edad media de todos los entrevistados es aproximadamente 20 años (19,7).

Ilustración 12: Jóvenes entrevistados según el rango de edad.



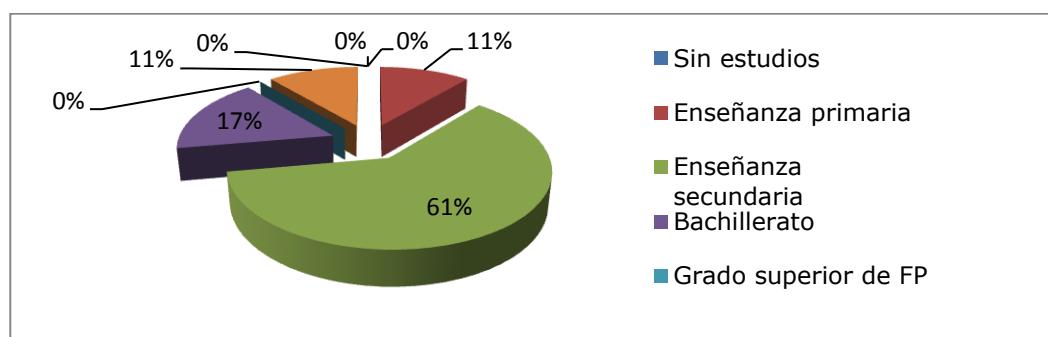
Respecto al país de origen, la mayoría de los entrevistados 94% son de nacionalidad Española, autóctonos de la provincia de Zaragoza y un 6% son de nacionalidad Rumana.

Ilustración 13: Jóvenes entrevistados según el país de origen.



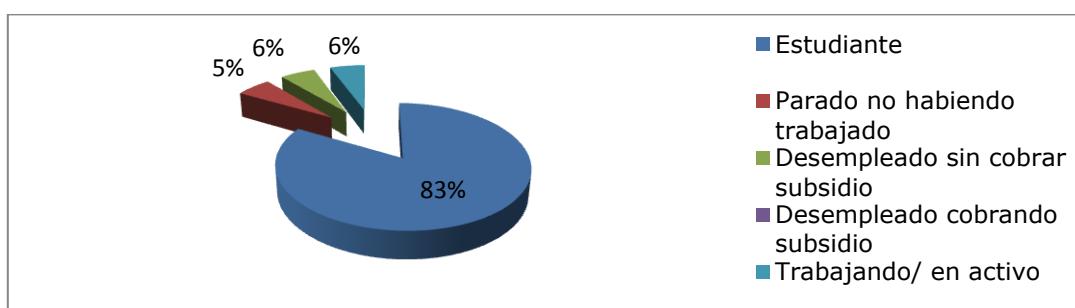
Teniendo en cuenta el máximo nivel de estudios alcanzados, predominan aquellos que han acabado la educación secundaria obligatoria (E.S.O) con un 61%, le sigue el bachillerato como educación no obligatoria con un 17%, y por último, con un 11% cada uno: la educación primaria y los grados medios de formación no profesional.

Ilustración 14: Jóvenes entrevistados según el máximo nivel de estudios alcanzados.



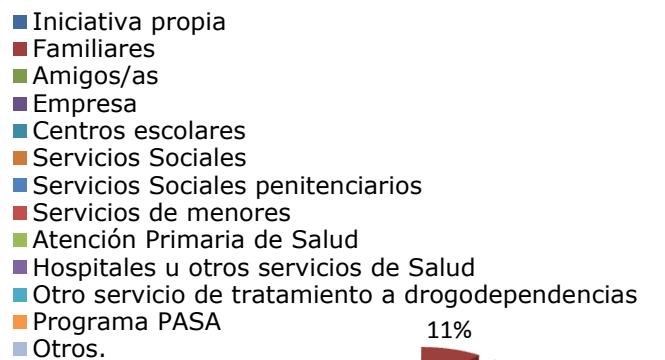
En relación a la variable de situación laboral, el 83% de jóvenes entrevistados son estudiantes y no trabajan, el 6% se encuentra desempleado sin cobrar subsidio, otro 6% está trabajando en activo y un 5% está parado no habiendo trabajado.

Ilustración 15: Jóvenes entrevistados según la situación laboral.



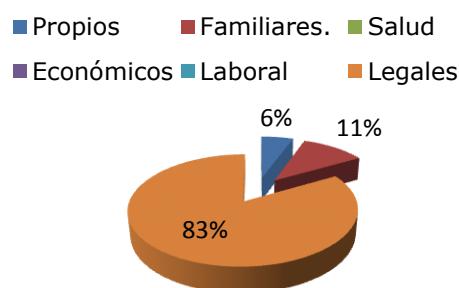
La fuente predominante que los ha derivado a tratamiento ha sido el Programa P.A.S.A con un 83% y después le siguen familiares y amigos con un 11% cada uno.

Ilustración 16: Jóvenes entrevistados según la fuente principal que lo ha requerido a tratamiento.



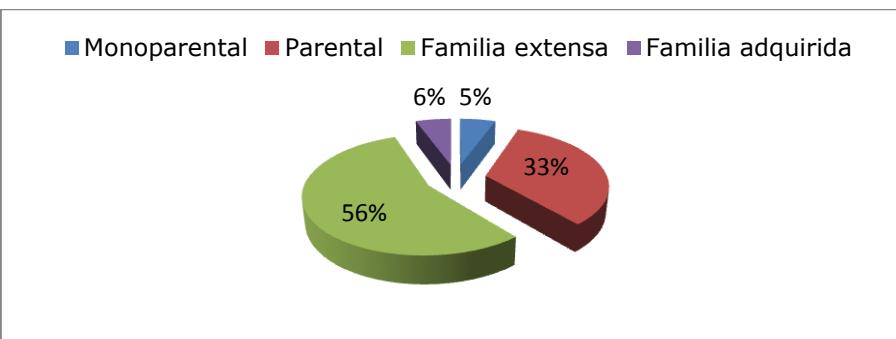
Por lo tanto, la mayoría de los jóvenes han venido motivados por aspectos legales (83%), un 11% por motivos familiares y un 6% por motivos propios.

Ilustración 17: Jóvenes entrevistados según los motivos de solicitar tratamiento.



En el ámbito familiar hay un 56% que tiene familia extensa, un 33% parental, un 6% familia adquirida y un 5% monoparental.

Ilustración 18: Jóvenes entrevistados según el tipo de familia.



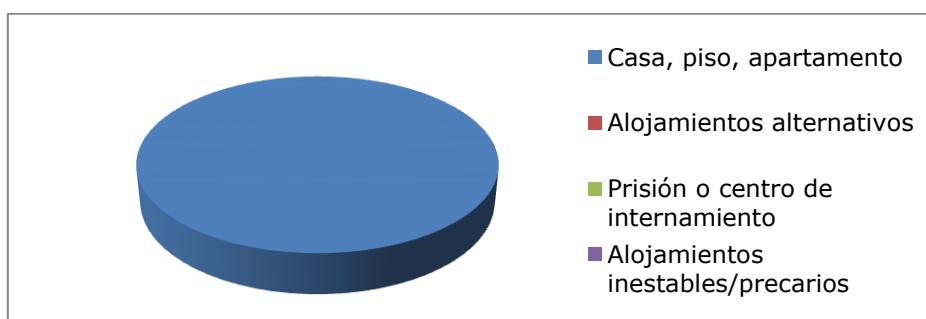
El tipo de convivencia por mayoría absoluta es con la familia extensa.

Ilustración 19: Jóvenes entrevistados según la convivencia.



El alojamiento principal es en una casa, piso o apartamento.

Ilustración 20: Jóvenes entrevistados según el alojamiento principal.



En resumen, el perfil de la población entrevistada es:

- ✓ Mayoritariamente masculino de origen español.
- ✓ El rango de edad entre los 18-20 años.
- ✓ La situación educativa predominante son las personas que han acabado la E.S.O y continúa con su formación.
- ✓ En la situación laboral, la mayoría no disponen de un empleo.
- ✓ La principal fuente que los ha derivado a tratamiento ha sido el programa P.A.S.A.
- ✓ Han acudido a CMAPA motivados por aspectos legales.
- ✓ En el ámbito familiar, por mayoría absoluta viven con su familia extensa en un alojamiento principal (piso, casa o apartamento).

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación, se muestra el análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios rellenados por los jóvenes entrevistados. En este apartado se incluye una representación gráfica que permite visualizar algunas características respecto del total.

En primer lugar, se analiza la información obtenida en el bloque "datos sobre el consumo".

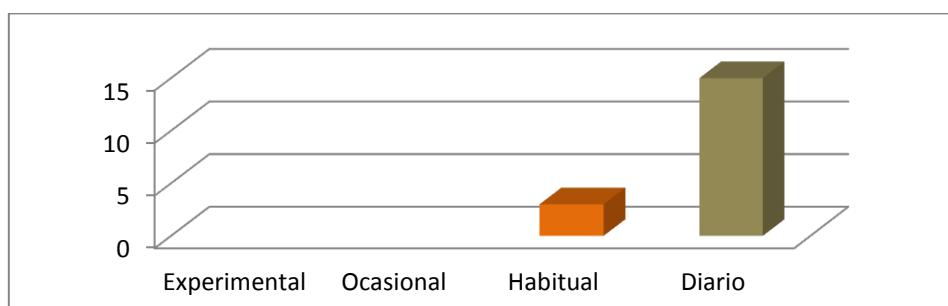
La mayoría de los jóvenes (67%) que han participado en el estudio tiene una *frecuencia de consumo* de 5-7 días/ semana, por lo tanto, se refiere a un consumo prácticamente diario. En menor medida hay un porcentaje del 28% que consumen 2-4 días/ semana y solo un 5% que actualmente no consume.

Ilustración 21: Frecuencia de consumo/ semana.



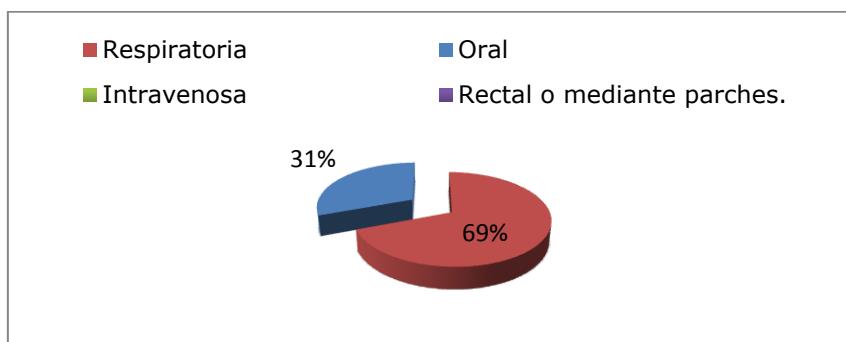
En esta misma línea teniendo en cuenta la *frecuencia de las variables de consumo y de año*, se puede corroborar que predomina el consumo de manera diaria (83%) y muy escasamente se realiza de manera habitual (17%).

Ilustración 22: Frecuencia de consumo/ año.



La vía de administración más común es la intrapulmonar o respiratoria (69%). Referente a la administración oral, son diversos los jóvenes que lo consumen a través de aceites, pasteles e infusiones de manera cocinada (31%). Sin embargo, ninguno de los participantes lo han probado mediante vía intravenosa o rectal; mostrando asombro o desconocimiento ante estas vías de consumo.

Ilustración 23: Vías de administración del cannabis.



A continuación, se muestra una tabla que representa la *frecuencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas* y la totalidad de las personas que han consumido/ probado esas sustancias. Se puede observar que las sustancias más consumidas son aquellas legales, como son el alcohol y el tabaco, y el cannabis. Afirmando la teoría del autor Becoña Iglesias, puede existir una clara relación entre el aumento de consumo en las sustancias legales que las ilegales, debido a la existencia de una menor percepción de riesgo.

Las sustancias consumidas en un número intermedio (de 11-7 personas) son drogas estimulantes que producen el aceleramiento del funcionamiento del cerebro: cristal, cocaína y speed.

Y por último, las sustancias consumidas en menor número (de 5-1 personas) son drogas mayoritariamente psicodélicas o alucinógenas que producen la distorsión de la percepción: éxtasis, ketamina, setas y otros alucinógenos.

Tabla 5: Consumo de sustancias psicoactivas.

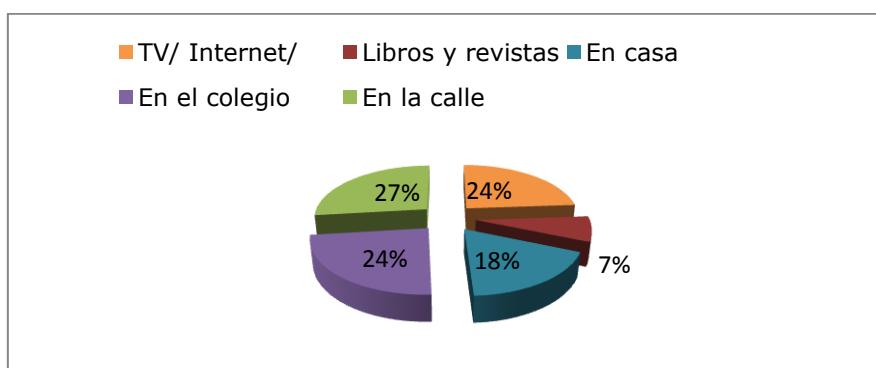
	Últimos 7 días	Últimos 30 días	Últimos 6 meses	Últimos 12 meses	Lo han probado alguna vez	Total
Tabaco	18					18
Alcohol	13	4	1			18
Inhalantes						
Cánnabis	13	3	1		1	18
Metanfetaminas	1	1	2	1		5
Éxtasis	1					1
Cristal	1		4	3	3	11
Speed	1		3	1	2	7
Cocaina	1	1	2	2	2	8
Alucinógenos	1			1	1	3
Heroína						
Ketamina			2	1	1	4
Setas				3	2	5

En segundo lugar, se estudia los datos obtenidos en el bloque *“conocimiento e información recibida”*.

Por lo que respecta a las *personas que les han aportado información sobre el cannabis*, señalan que el grupo de iguales o conocidos es la mayor fuente de información, posteriormente los profesores y personal especializado en adicciones, después las figuras paternas y, por último, muy pocos de ellos han buscado información por iniciativa propia.

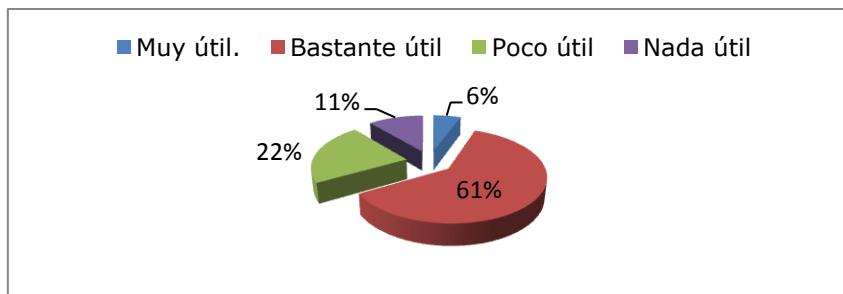
Es decir, las *vías por las que mayoritariamente han obtenido la información* son en la calle a través de sus amigos (27%) y en el colegio mediante conferencias y charlas (24%). Posteriormente en internet, libros y revistas (27%) y, finalmente, en el domicilio familiar (18%).

Ilustración 24: Vías por las que obtiene información.



Más de la mitad de los jóvenes entrevistados consideran que la información ha sido bastante útil (61%). En menor porcentaje, hay quienes consideran que es poco útil (22%). Y de manera muy escasa se encuentran dos polos opuestos (muy o nada útil).

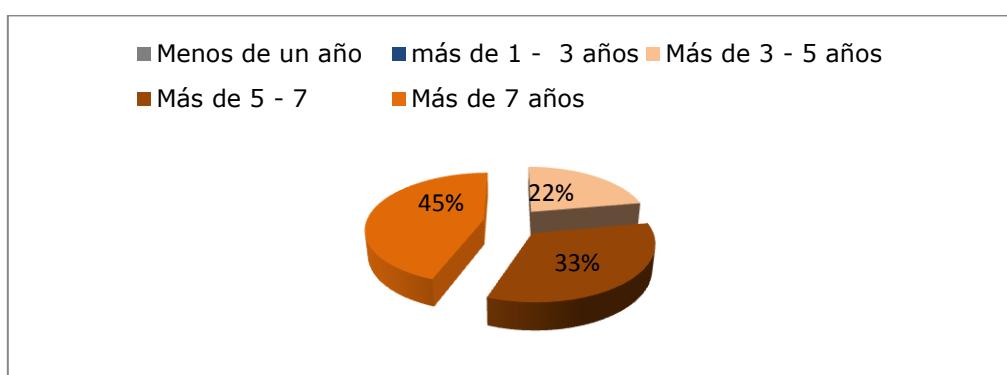
Ilustración 25: Valoración de la información recibida.



El tercer bloque corresponde al "inicio de consumo de los jóvenes": El *promedio de la edad de inicio* de es de 14,05~ 14 años.

Según el informe de Cannabis II (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009), "el cannabis en España es la droga ilegal más extendida y la que se consume a una edad más temprana". Como se puede observar en la siguiente ilustración, todos los jóvenes empezaron a consumir hace más de tres años, independientemente de su edad, todos ellos se encontraban en la adolescencia (período desde los 12 años hasta los 21 aproximadamente).

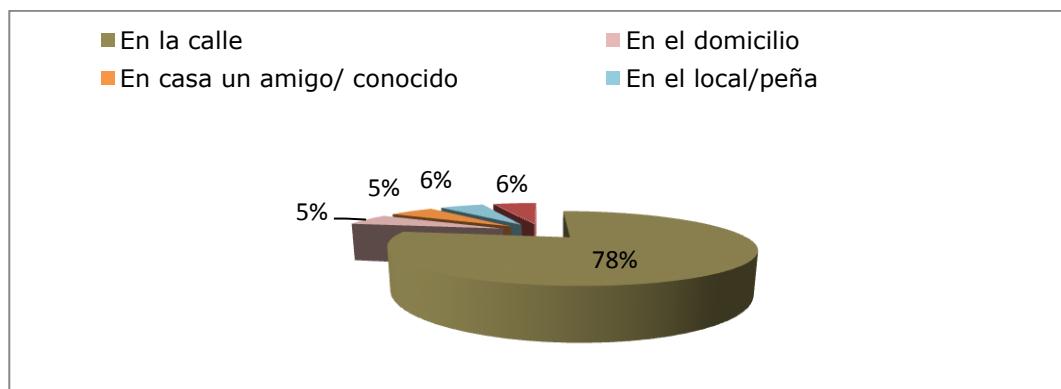
Ilustración 26: Periodo transcurrido desde el primer consumo



Numerosos estudios demuestran que las repercusiones del consumo son más peligrosas para los adolescentes que para los adultos (Neuronas Abiertas, 2007). Esto se debe a que en la etapa de la adolescencia el cerebro todavía está desarrollándose, así pues las drogas alteran tanto el crecimiento de las neuronas como las conexiones entre ellas (neurotransmisores). Es decir, el consumo de drogas afecta a los adolescentes en mayor medida en la toma de decisiones y en el control y la ejecución de actividades.

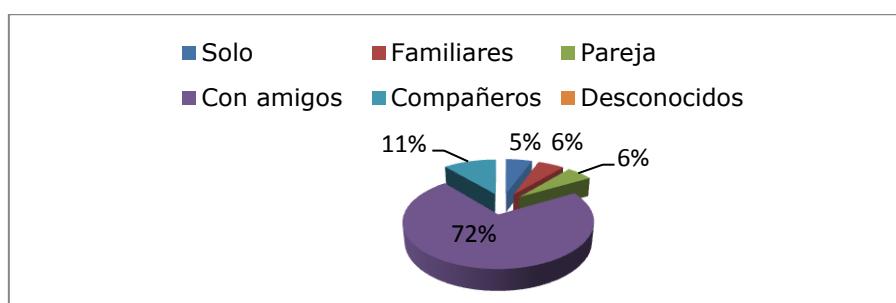
En cuanto al *lugar del primer consumo*, la mayoría de ellos lo hicieron en la vía pública (78%) y en la compañía de amigos (72%).

Ilustración 27: Lugares del primer consumo.



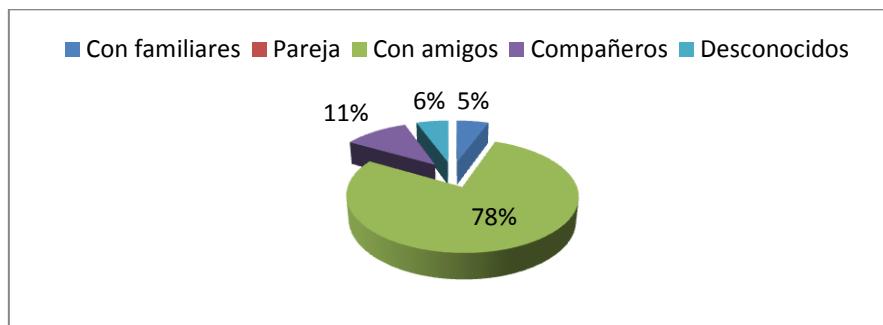
La *compañía del primer consumo*, fue mayoritariamente por amigos (72%), después por compañeros (11%) y de manera más reducida acompañado de pareja (6%), familiares (6%) y solos (5%).

Ilustración 28: Compañía del primer consumo.



La fuente de obtención del primer consumo, fue mayoritariamente por amigos (78%), después por compañeros (11%) y de manera más reducida por desconocidos (6%) y familiares (6%).

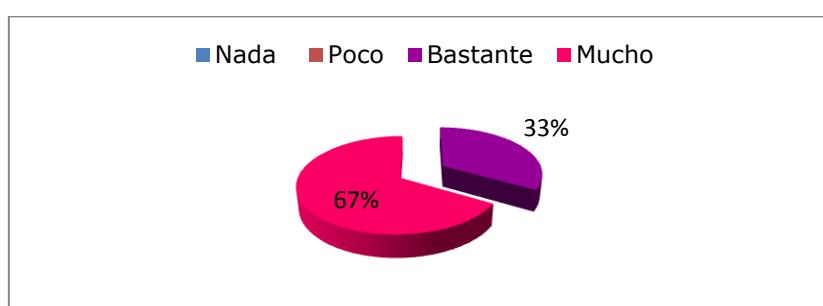
Ilustración 29: Fuente de obtención del primer consumo.



En cuarto lugar, se analiza la información del bloque "grado de accesibilidad al consumo de cannabis".

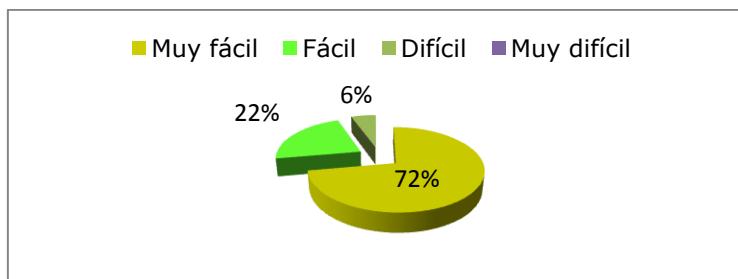
Un 67% de los jóvenes entrevistados opinan que está muy presente en nuestra sociedad y el 33% considera que bastante. No hay ninguno de los participantes que manifiesten una baja presencia.

Ilustración 30: Presencia del consumo de cannabis



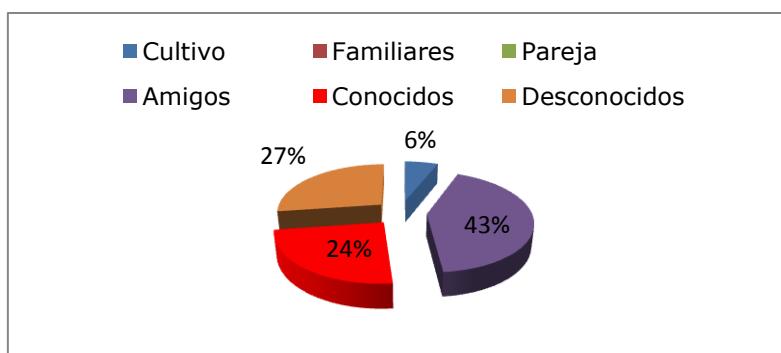
En cuanto a la *accesibilidad*, la mayoría considera que es muy fácil acceder al consumo de cannabis (72%). Un aspecto a tener en cuenta que a mayor disponibilidad percibida mayor será la prevalencia de consumo.

Ilustración 31: Accesibilidad de obtener cannabis.



En la siguiente ilustración aparece una diversa manera de *acceder al cannabis*, siendo por medio de amigos la más popular (43%) y el propio cultivo de la persona para uso recreativo (6%) el menos utilizado.

Ilustración 32: Acceso al cannabis.



Los datos extraídos del cuestionario en relación con el bloque quinto son: "los efectos que se esperan conseguir del cannabis".

- La socialización y desinhibición: el 56% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el otro 22% de acuerdo.
- Realizar nuevas experiencias: el 61% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 17% de acuerdo.
- No destacar en el grupo de iguales: por mayoría con un 94% están totalmente desacuerdo y un 6% está medianamente de acuerdo.
- Seguir una rutina o hábito: el 22% está en desacuerdo, el 39% medianamente de acuerdo y el otro 39% de acuerdo.

- Relajarse o aislarse del exterior: el 28% está en desacuerdo, el 6% medianamente de acuerdo y el 66% de acuerdo.
- Lograr sentimientos de bienestar, euforia, risa fácil: el 22% está en desacuerdo, el 33% medianamente de acuerdo y el 45% de acuerdo.
- Ser más creativo: el 43% está en desacuerdo, el 12% medianamente de acuerdo y el otro 45% de acuerdo.
- Fastidiar a sus padres: la mayoría con un 94% está en desacuerdo y el 6% medianamente de acuerdo.

Tabla 6: Nº de personas y los efectos que esperan conseguir.

EFFECTOS QUE ESPERA CONSEGUIR CON EL CONSUMO DE CÁNNABIS: Fumo cannabis para...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (medianamente de acuerdo)	3 (totalmente de acuerdo)
...ser más sociable y desinhibirme.	10	4	4
... realizar y/o sentir nuevas experiencias que no haría sin consumo	11	4	3
... no destacar entre mis amigos. No me gusta ser el raro.	17	1	
... seguir una rutina, un hábito o costumbre.	4	7	7
... relajarme o aislarme del exterior.	5	1	12
... lograr sentimientos de bienestar, euforia o risa fácil.	4	6	8
...ser más creativo. Me ayuda a inspirarme en las actividades que realizo.	7	2	9
... fastidiar a mis padres.	17	1	

En sexto lugar, se analizan los datos obtenidos de las gráficas del apartado "comportamientos de riesgo bajo los efectos del cannabis".

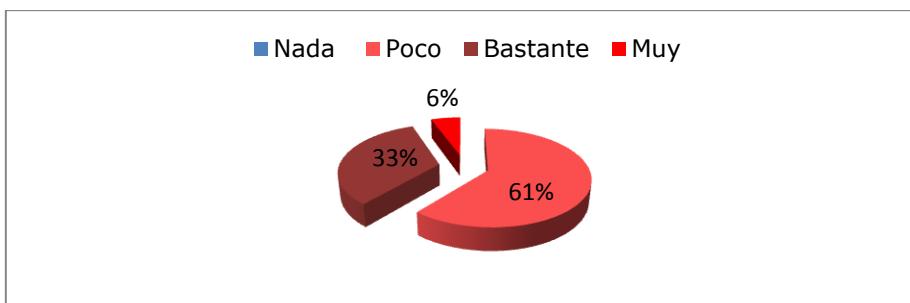
- Mantener relaciones sexuales: el 22% está en desacuerdo y el 88 % de acuerdo.
- Conducir un vehículo a motor: el 11% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 67% de acuerdo.
- Conducción insegura afectando en las capacidades motoras: el 16% está en desacuerdo, el 28% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- Menor rendimiento en el centro escolar o laboral: el 11% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 67% de acuerdo.
- Incumplimiento del horario laboral o escolar. el 28% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- Aparición de cuadros psicóticos: el 28% está en desacuerdo, el 11% medianamente de acuerdo y el otro 61% de acuerdo.
- Conductas agresivas: el 39% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el otro 45% de acuerdo.
- Consumo de otras sustancias: el 51% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el otro 33% de acuerdo.

Tabla 7: Nº de personas y comportamientos de riesgo.

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO BAJO LOS EFECTOS DEL CÁNNABIS: Bajo los efectos del cannabis...	1 (totalmente desacuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...Creo que mantener <i>relaciones sexuales</i> sin protección puede ser arriesgado.	4		14
...Si conduzco un vehículo a motor, el riesgo de sufrir colisión es el doble.	2	4	12
...Pienso que me afecta a las capacidades motoras e influye en una <i>conducción insegura</i> .	3	5	10
...Tengo menor rendimiento e implicación en el <i>centro escolar o laboral</i> .	2	4	12
...Incumplio el <i>horario laboral o escolar</i> .	5	3	10
...Pienso que se puede triplicar el riesgo de aparición de <i>cuadros psicóticos</i> .	5	2	11
...Puedo <i>reaccionar de manera más agresiva</i> ante una discusión con mi familia, pareja o amigos.	7	3	8
... mayor es el riesgo de <i>consumo de otras sustancias</i> .	9	3	6

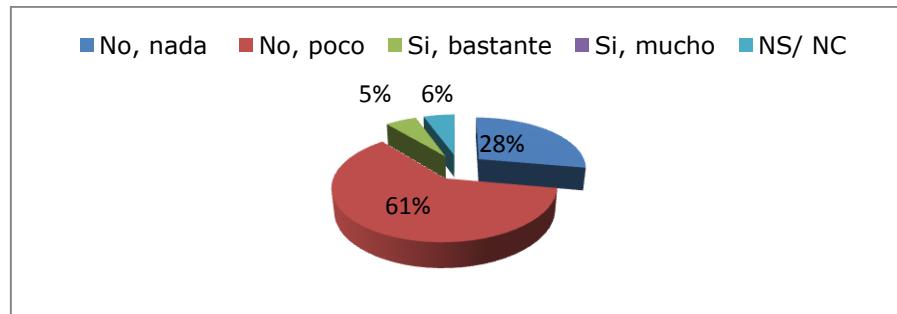
El séptimo bloque corresponde al “factores de riesgo y de protección”: la mayoría de los jóvenes aprecia muy poca peligrosidad en su consumo (61%), aunque el 39% considera que es bastante o muy peligroso.

Ilustración 33: Medida de peligrosidad del cannabis.



En la siguiente cuestión se precisó de una aclaración, puesto que no entendían concretamente su significado ¿Cree que *los posibles beneficios que pueda tener el consumo de cannabis compensan con sus posibles riesgos*? De todos modos, los resultados fueron los siguientes que aparecen en la ilustración:

Ilustración 34: Los posibles beneficios compensan con los posibles riesgos.



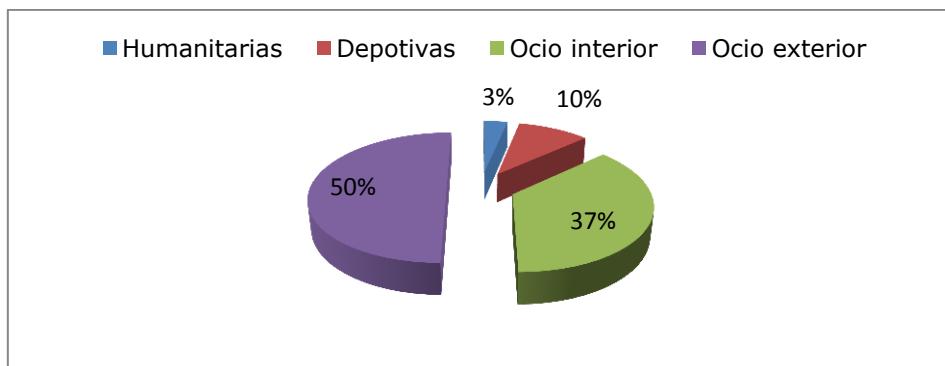
Por otro lado en la cuestión de *relacionar una serie de palabras con el cannabis*, las más destacadas son experimentación (42%), libertad (19%) y comunicación (19%). Así mismo, en el apartado de otras opciones escribieron otras opciones, entre ellas: relajación, ritual, ocio, dibujar, etc.

Ilustración 35: Palabras asociadas al cannabis.



En referencia a la *ocupación de su tiempo libre* acompañado de sus amigos y la relación con el consumo de cannabis, un 50% de los jóvenes realiza actividades en el ocio exterior (estar en la vía pública: plazas, parques, etc.), un 37% a ocio de interior (cines, bares y discotecas) y en menor proporción un 10% a actividades deportivas o culturales y un 3% a actividades humanitarias o sociales.

Ilustración 36: Actividades asociadas al consumo de cannabis.



Por otro lado, la gráfica de afirmaciones que representa los *factores de riesgo y de protección* presenta los siguientes resultados:

- El conocimiento e información es un factor de riesgo: el 56% está en desacuerdo, el 28% medianamente de acuerdo y el 16% de acuerdo.
- El inicio temprano es un factor de riesgo: el 6% está en desacuerdo, el 6% medianamente de acuerdo y el 88% de acuerdo.
- La facilidad al acceso es un factor de riesgo: con mayoría absoluta el 100% de acuerdo.
- La búsqueda de placer es un factor de riesgo: el 11% está en desacuerdo, el 11% medianamente de acuerdo y el 78% de acuerdo.
- La fuerte implicación emocional con el grupo de iguales es un factor de riesgo: el 28% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- La valoración de la salud personal es un factor de riesgo: el 80% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 4% de acuerdo.
- El consumo de otras sustancias es un factor de riesgo: el 28% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.

- El conocimiento de la normativa es un factor de riesgo: el 83% está en desacuerdo, el 11% medianamente de acuerdo y el 6% de acuerdo.
- Tener expectativas de futuro es un factor de riesgo: con mayoría absoluta el 100% está en desacuerdo.

Tabla 8: Nº de personas y factores de riesgo y protección.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN: Creo que...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (medianamente de acuerdo)	3 (totalmente de acuerdo)
El conocimiento e información sobre el cannabis es un factor de riesgo.	10	5	3
El inicio temprano en el consumo de cannabis (15 años) es un factor de riesgo.	1	1	16
La facilidad en el acceso al cannabis es un factor de riesgo.			18
La búsqueda de placer en el consumo de cannabis es un factor de riesgo.	2	2	14
La fuerte implicación emocional en el grupo de iguales es un factor de riesgo.	5	3	10
La valoración de la salud personal es un factor de riesgo.	14	3	1
El consumo de otras sustancias (OH o Tabaco) es un factor de riesgo para el consumo de cannabis.	5	3	10
El conocimiento de las leyes en materia de drogodependencia es un factor de riesgo.	15	2	1
Una visión positiva o tener expectativas futuras es un factor de riesgo.	18		

En el octavo apartado, se analizan "las consecuencias sociales del consumo habitual de cannabis":

- No aceptar las normas: el 45% está en desacuerdo, el 33% medianamente de acuerdo y el 22% de acuerdo.
- Estar menos irritable: el 28% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- Peor rendimiento escolar: el 22% está en desacuerdo, el 11% medianamente de acuerdo y el 67% de acuerdo.
- Afecta a las situaciones interpersonales: el 45% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 33% de acuerdo.

- Sentirse más independiente: el 62% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 22% de acuerdo.
- Induce a la somnolencia: el 11% está en desacuerdo, el 11% medianamente de acuerdo y el 78% de acuerdo.
- Pérdida de la motivación: el 28% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 50% de acuerdo.

Tabla 9: Nº de persona y consecuencias sociales.

CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO HABITUAL DE CÁNNABIS: : El consumo de cannabis ...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (medianamente de acuerdo)	3 (totalmente de acuerdo)
...me hace no aceptar las normas impuestas por mis padres, de la misma manera que si no consumo.	8	6	4
...me produce estar menos irritable y dificulta las conductas agresivas como peleas.	5	3	10
...me causa tener peor rendimiento en el centro escolar o laboral.	4	2	12
...me afecta a las situaciones interpersonales. Siento dificultad para comunicarme.	8	4	6
... me siento más independiente. No pienso en los demás	11	3	4
...me ayuda a dormir. (induce la somnolencia)	2	2	14
...me hace tener menos ganas de hacer cosas. Pierdo la motivación enseguida.	5	4	9

Los datos extraídos del cuadro de afirmaciones en relación con el bloque "consecuencias clínicas del consumo habitual de cannabis":

- Síntomas paranoides o alucinaciones: el 68% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el otro 16% de acuerdo.
- Afecta a la memoria a corto plazo: el 11% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 73% de acuerdo.
- Aumenta el tiempo de reacción: el 16% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 66% de acuerdo.
- Provoca aumento de la percepción sensorial: el 45% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 39% de acuerdo.

- Produce disminución del dolor: el 22% está en desacuerdo, el 22% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- Afecta a varios sistemas como el respiratorio, cardiovascular y digestivo: el 25% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 56% de acuerdo.
- Produce enrojecimiento de la conjuntiva: el 11% está en desacuerdo y el 89% de acuerdo.
- Afecta al sistema reproductor: el 51% está en desacuerdo, el 16% medianamente de acuerdo y el 33% de acuerdo.

Tabla 10: Nº de personas y consecuencias clínicas.

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DEL CONSUMO HABITUAL DE CÁÑABIS: El consumo de cannabis ...	1 (totalmente desacuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...me produce síntomas paranoides o alucinaciones.	12	3	3
...me afecta a la memoria a corto plazo y tengo mayor dificultad para concentrarme.	2	3	13
... aumenta mi tiempo de reacción ante un estímulo. Estoy más "empanado/a".	3	4	11
... me provoca un aumento de la percepción visual y auditiva. En cambio, noto distorsión entre el espacio y el tiempo.	8	3	7
...me produce disminución del dolor, cuando me duele alguna parte del cuerpo.	4	4	10
... me afecta al sistema respiratorio (broncodilatación), cardiovascular (vértigos) y digestivo (diarreas, sequedad de boca).	5	3	10
... me produce enrojecimiento de la conjuntiva de los ojos.	2		16
...afecta al sistema reproductor tanto masculino como femenino. (Disminución de hormonas).	9	3	6

En el décimo bloque, se puede observar de manera más clara la "opinión de los entrevistados sobre el grado de peligrosidad del cannabis u otras sustancias psicoactivas".

Para ello, se ha creído conveniente elaborar una tabla que permita evaluar la percepción de riesgo que se tiene de las diversas sustancias. La manera de analizarla es realizar una escala, siendo 1^a

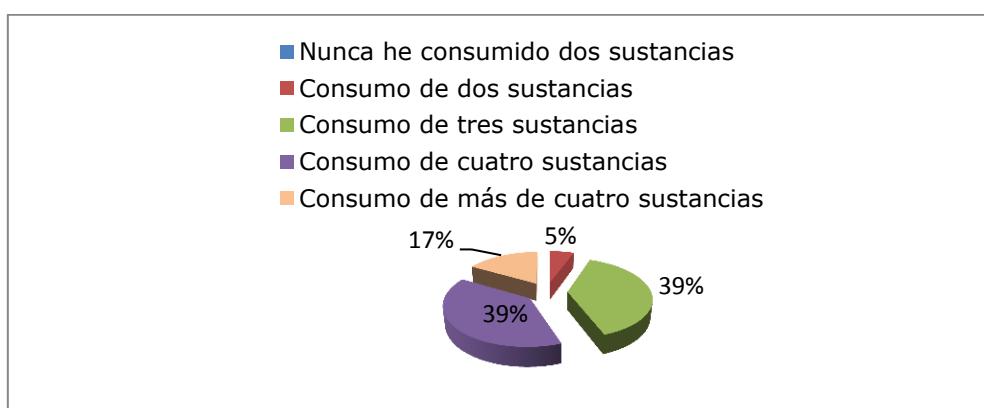
la más peligrosa y 12^a la menos peligrosa. El resultado obtenido ha sido:

Tabla 11: Escala de peligrosidad de sustancias.

<i>Sustancia</i>	<i>Escala de peligrosidad</i>
Heroína	1 ^a
Ketamina	2 ^a
Éxtasis	3 ^a
Cocaina	4 ^a
Metanfetaminas	5 ^a
Cristal	6 ^a
Inhalantes	7 ^a
Speed	8 ^a
Setas	9 ^a
Cánnabis	10 ^a
Alcohol	11 ^a
Tabaco	12 ^a

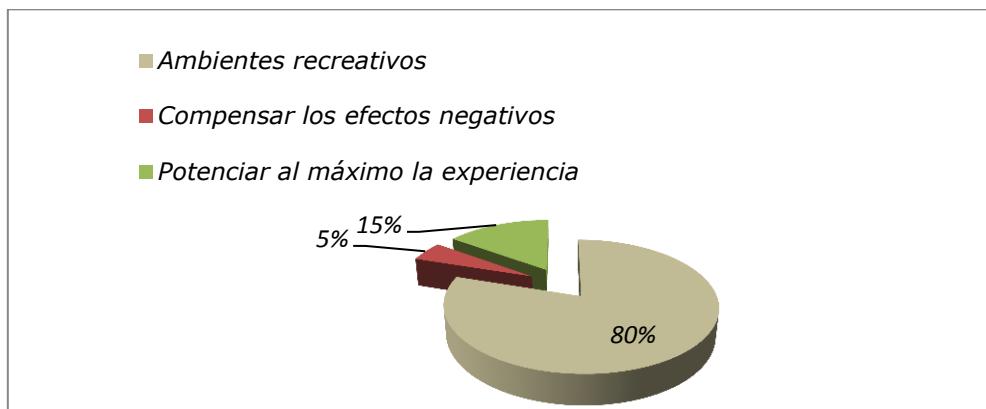
Al mismo tiempo, se tiene en cuenta el bloque del “*consumo de cannabis y otras sustancias en un mismo día- Pluriconsumo-*”. Un 39% de los entrevistados manifiesta haber consumido cuatro sustancias; así como también un 39% han consumido tres sustancias; un 17% ha consumido más de cuatro sustancias y, para finalizar, un 5% ha consumido dos sustancias.

Ilustración 37: Prevalencias de consumo con otras sustancias en un mismo día.



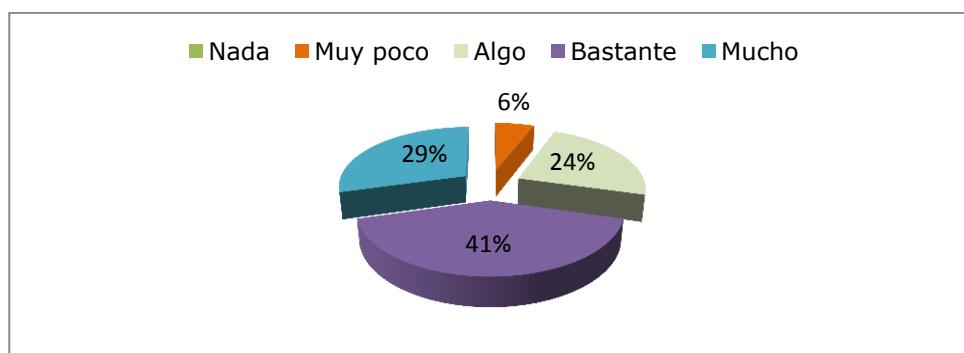
Según los entrevistados, las razones que llevan a consumir dos o más sustancias de manera simultánea o alternativamente son mayoritariamente estar en ambientes recreativos (80%), potenciar al máximo la experiencia psicoactiva (15%) y compensar los efectos negativos (5%).

Ilustración 38: Razones para consumir diversas sustancias psicoactivas.



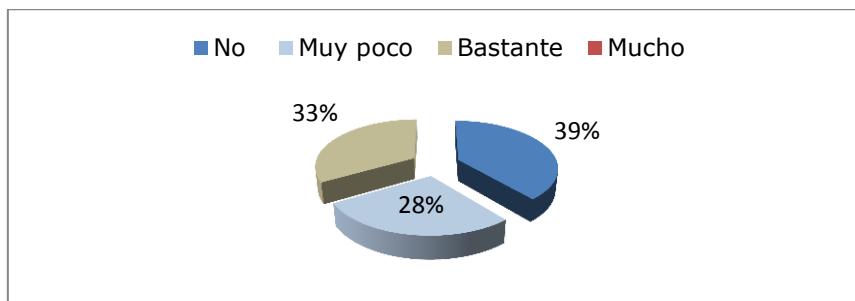
Respecto al apartado “aspectos legales”, el 41% de los jóvenes expresa que tiene bastante conocimiento sobre la normativa legal vigente en materia de drogodependencias, un 29% especifica que la sabe mucho sobre ella, el 24% está al tanto o conoce algunos aspectos y el 6% la conoce muy poco. Como se indicó al describir a la población entrevistada, más de la mitad de los encuestados está asistiendo a tratamiento por motivos legales (multa- sanción administrativa).

Ilustración 39: Conocimiento de la normativa legal.



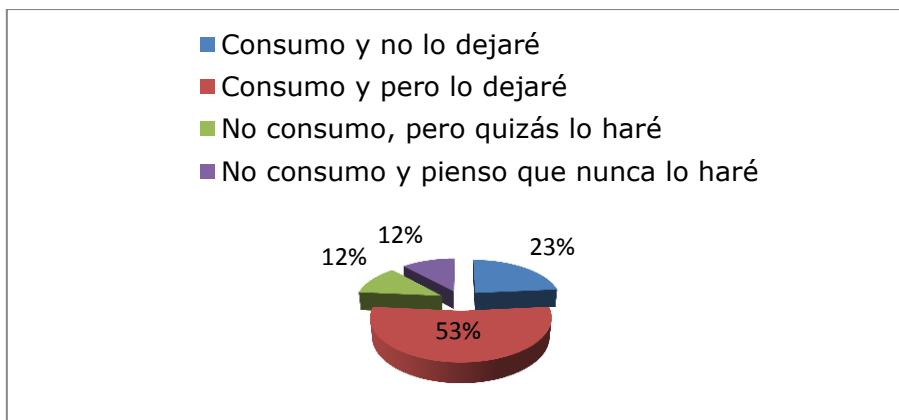
En cuanto al cumplimiento de la normativa legal, un 39% no la respeta, un 28% muy poco y un 33% bastante.

Ilustración 40: Cumplimiento de la normativa.



Para finalizar, en el último bloque se interpretan "las expectativas futuras que se tienen respecto al consumo de cannabis". Más de la mitad de los jóvenes entrevistados consume pero presupone que lo dejará (53%), un 23% consume y no tiene intenciones de dejarlo, un 12% no consume actualmente pero quizás algún día vuelva a consumir y, por último, otro 12% no consume y no tiene intenciones de volver a hacerlo.

Ilustración 41: Expectativas futuras a largo plazo.



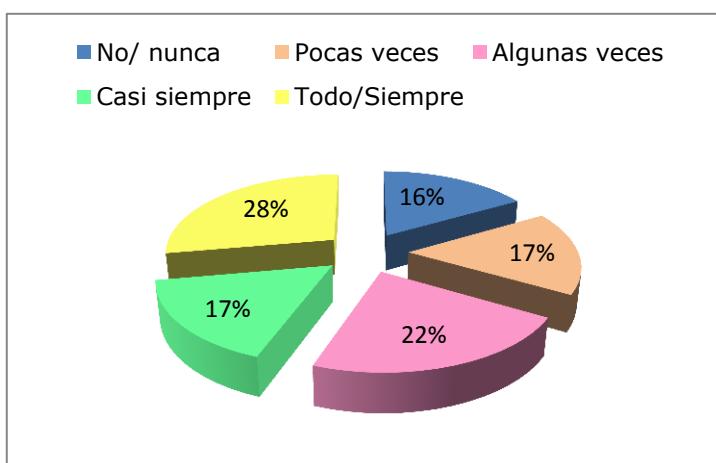
La siguiente gráfica analiza la percepción que poseen los jóvenes ante las consecuencias sociales, biológicas y psicológicas de la persona.

Tabla 12: Percepción sobre cómo afecta el cannabis en los siguientes ámbitos

	Social	Biológica	Psicológica
Mal	43%	33%	27%
Regular	44%	61%	61%
Bien	11%	6%	12%
Total	100%	100%	100%

Y para finalizar, la última pregunta del cuestionario analiza las posibilidades de conseguir lo que se propongan en el futuro. Un 16% especulaba que no sería capaz de conseguir lo que se propusiera si continuaba consumiendo, un 17% que pocas veces, un 22% que algunas veces lo conseguiría, un 17% que casi siempre lo conseguiría y con mayoría un 28% que conseguiría todo lo que se propusiera.

Ilustración 42: Posibilidades de conseguir lo que se proponga en el futuro.



Se concluye este apartado señalando aquellos aspectos más relevantes conocidos a través del análisis de la información. A modo conclusión:

- ✓ El cannabis es la droga ilegal más extendida en España. La mayoría de los jóvenes consumen cannabis con una frecuencia diaria (5-7 días/ semana) y la vía de administración más común es fumada (intrapulmonar).
- ✓ El consumo de sustancias psicoactivas y el número de veces consumidas en el último año, aporta información sobre aquellas sustancias más extendidas en España. Los resultados obtenidos dan mayor proporción al uso de drogas legales (alcohol y tabaco) y del cannabis, como sustancia ilegal. El análisis de las sustancias consumidas verifica lo ya conocido en otras investigaciones.
- ✓ La mayor fuente de información de la población es a través del grupo de iguales o amigos en la calle y la menor fuente de información es la búsqueda por iniciativa propia a través de medios como internet o revistas. En este sentido, se puede interpretar que los mensajes que reciben de su grupo de iguales no sean del todo certeros o solo conozcan los "efectos beneficiosos" del consumo de cannabis, ocasionando un favorecimiento del consumo.
La mayoría de los jóvenes consideran que la información es bastante útil, por lo que piensan que están suficientemente informados.
- ✓ El cannabis se consume a una edad más temprana que otras sustancias psicoactivas. La edad media de inicio en el consumo es a los 14 años. El lugar del primer consumo

predominante es en la vía pública, en la compañía de amigos y la fuente de obtención también a través de amigos.

- ✓ Las respuestas recogidas de los participantes en el estudio muestran que la mayoría piensan que el cannabis está muy presente en la sociedad, por lo tanto, es muy fácil acceder a ella. La forma más común de acceso a ella es a través de los amigos.
- ✓ A disposición de los efectos que se esperan conseguir, los más señalados son: la realización de nuevas experiencias, seguir una rutina o un hábito, relajarse o aislar del exterior, lograr un sentimiento de bienestar y ser más creativo.
- ✓ Los resultados relativos a los comportamientos de riesgo bajo los efectos del cannabis y las acciones que se consideran peligrosas son: mantener relaciones sexuales, conducir un vehículo a motor, la conducción insegura, el incumplimiento del horario laboral, la aparición de cuadros psicóticos y las conductas agresivas. La única acción que no aprecian como peligrosa es el consumo de otras sustancias.
- ✓ La mayoría de los jóvenes cree que el consumo de cannabis es poco peligroso, aunque piensan que los posibles beneficios no compensan con los posibles riesgos. Las principales palabras que asocian al consumo de cannabis son: experimentación y relajación. En referencia a la ocupación de su tiempo libre, la mayoría consume cuando realizan actividades en el exterior (vía pública).

Y por último, en este apartado, consideran como factores de riesgo a: el inicio temprano, la mayor accesibilidad, la búsqueda del placer, la fuerte implicación emocional en el grupo de iguales y el consumo de otras sustancias.

En cambio, se consideran factores de protección a: el conocimiento e información, la valoración de la salud personal, el conocimiento de la normativa y tener expectativas de futuro.

- ✓ Las consecuencias sociales asociadas al consumo de cannabis por los jóvenes son: sentimiento de irritabilidad, peor rendimiento escolar, inducir a la somnolencia y la pérdida de motivación para realizar otras actividades.
- ✓ Las consecuencias clínicas asociadas al consumo de cannabis que reflejan los jóvenes en sus resultados son: pérdida de la memoria a corto plazo, aumento del tiempo de reacción, disminución del dolor, afección de varios sistemas (respiratorio, cardiovascular y digestivo) y enrojecimiento de la conjuntiva.
- ✓ La opinión de la población ante el grado de peligrosidad de diversas sustancias psicoactivas, entre ellas el cannabis, ha percibido como más peligrosas las sustancias psicodélicas o alucinógenas (heroína, ketamina y éxtasis), después las sustancias estimulantes (cristal, cocaína y speed) y, por último, con una menor percepción de peligrosidad las drogas legales (alcohol y tabaco) y el cannabis.
- ✓ El pluriconsumo es uno de los aspectos a destacar, es decir, el consumo de varias sustancias a lo largo del día o de la misma noche. La mayoría de los jóvenes ha llegado a

mezclar entre 3 y 4 sustancias en un mismo día, siendo las más utilizadas la cocaína, el cristal, el cannabis y las sustancias legales. Las razones del pluriconsumo, se argumentan mayoritariamente por estar en ambientes recreativos.

- ✓ El conocimiento de la normativa sobre drogodependencias es uno de los factores de protección más efectivos, dado que pueden producir en los consumidores un rechazo hacia el cumplimiento de la pena. Los participantes expresan que tienen bastante conocimiento sobre la normativa legal, aunque un número elevado de ellos no la cumpla.
- ✓ Y para finalizar, más de la mitad de los jóvenes indica que consume en la actualidad pero presupone que lo dejará en un futuro. Su percepción sobre los diferentes ámbitos si siguen consumiendo es que afectará de manera regular en el ámbito tanto social como en el biológico y psicológico.

6. CONCLUSIONES.

A modo general, se concluye el presente trabajo de investigación sobre “la percepción de riesgo en jóvenes de 18-25 años por consumo de cannabis pertenecientes al programa CMAPA” en los siguientes apartados:

El cannabis es la droga ilegal más extendida, constituyendo una problemática que afecta en tres ámbitos específicamente: individual (biológico, psicológico y social), familiar y comunitario.

Una vez finalizada la investigación, se puede afirmar que ***los objetivos se han cumplido con éxito.*** El principal objetivo es “conocer la percepción de riesgo de los jóvenes” y se aprecia una baja percepción de riesgo o de peligrosidad en el consumo de cannabis.

Consiguentemente, se ha logrado “estudiar la intervención realizada desde el Trabajo Social con los jóvenes que presentan una problemática de consumo de cannabis”²⁵, por medio de la realización de las prácticas de intervención y del protocolo del Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias.

Posteriormente, se ha conseguido una descripción de las características socio-demográficas de la población mediante la encuesta realizada, donde el perfil de los participantes es muy heterogéneo (teniendo en cuenta el sexo, la edad, la madurez, etc.). No obstante, también tienen varios aspectos en común: motivos de acudir al centro (aspectos legales) y vivencia con la familia extensa en una casa, piso o apartamento. Y además se ha confirmado que existe una relación entre la percepción de riesgo y otras variables como son el inicio en una edad temprana o la prevalencia de

²⁵ Reflejado en el marco teórico, apartado “el trabajo social en un centro de tratamiento de consumo de cannabis”, pág.33.

consumo “a mayor consumo, menor percepción de riesgo”, entre otras.

De la misma forma, teniendo en cuenta la información obtenida con la consecución de objetivos, se puede señalar que las hipótesis no son todas verídicas. La hipótesis principal refiere “la existencia de una escasa percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis” es cierta e indiscutible, puesto que han sido los propios participantes quienes lo han certificado mediante una pregunta concreta del cuestionario. Respecto a la primera hipótesis específica planteada no es cierta, puesto que la mayoría de los jóvenes asisten a tratamiento por aspectos legales (sanciones administrativas). La segunda es evidente, como bien se ha ido mostrando a lo largo de la investigación, el consumo diario de cannabis es el más predominante. Y por último, “el consumo de cannabis está asociado al ocio juvenil” es cierto, en el cual los jóvenes utilizan su tiempo libre y el contexto recreativo o de diversión para relacionarse con su iguales y consumir cannabis.

En cuanto a **la metodología** utilizada, cabe destacar que la utilización de documentación y la observación participante en las sesiones de tratamiento realizadas en el CMAPA ha proporcionado conocimientos acerca de la sustancia “cannabis” y el impacto que la misma produce en la sociedad. Lógicamente, la realización de entrevistas a los jóvenes y la utilización de encuestas de manera simultánea, ha permitido conocer todos los aspectos concretos referentes a las variables a estudiar en esta investigación.

Finalmente, se trata la importancia del **trabajador social en los programas de atención a las drogodependencias**. En la actualidad la figura del Trabajador Social ha entrado a formar parte de otros campos de acción, como es en este caso, la realización de programas destinados a las necesidades de las personas con

consumo de drogas, apoyados en las políticas sociales elaboradas por el gobierno.

La actuación del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar es fundamental, porque han recibido una formación específica para lograr una intervención adecuada con personas que poseen problemas de consumo de sustancias, más concretamente con jóvenes. En el proceso de atención integral, el trabajador social se encarga de realizar el diagnóstico social relativo a las características del individuo y del exterior, así como de las necesidades y dificultades que se produzcan a lo largo de la intervención.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.

En este último apartado, se plantea una propuesta de intervención que puede ser relevante para la modificación de la percepción de riesgo en jóvenes de 18 a 25 años sobre el consumo de cannabis.

Primordialmente, es necesario destacar las competencias que dispone el Gobierno de Aragón en materia de drogodependencias, tanto en lo que se refiere a la aprobación de la normativa como la capacidad económica que destina a los planes y programas elaborados por las corporaciones locales. Actualmente, las políticas sociales destinadas al área de prevención de esta problemática están siendo afectadas debido a la reducción de presupuestos que se ha producido con la llegada de la crisis económica. Esto quiere decir que se emplea la misma dotación económica para la atención de las drogodependencias, pero se invierte menos en prevención.

Se entiende que es conveniente actuar de manera preventiva, aportando información a todos los jóvenes ANTES de que se produzcan los primeros consumos. No es procedente que se utilice más capital destinado a la atención una vez que se ha producido el abuso del consumo, puesto que cuando la persona acude a los centros de tratamiento ya ha desarrollado más de un problema, tanto en la esfera individual, sanitaria, familiar, social, pasando por la de orden público y económica. De este modo, se produce la disposición de olvidar las funciones del sistema con la población dejando como únicos responsables a los individuos.

En estos momentos, no hay pruebas fiables de que un factor único y singular, como puede ser la prevención, determine si las personas abusaran de las drogas. No obstante, es posible que si la percepción de riesgo aumenta, se podrá reducir las altas tasas de

jóvenes consumidores a edades tempranas. La información no es la única solución, pero si resulta imprescindible para superar el problema de las drogodependencias. Se debe actuar desde la educación a la ciudadanía y todavía más cuando las personas se están desarrollando, en la etapa de la adolescencia.

Sin embargo, para que sea efectiva esta educación es necesario que las actividades propuestas dentro del área de la prevención sean desarrolladas utilizando una metodología específica, que se aadecue a las *necesidades reales* de los jóvenes en riesgo fomentando la *participación* y el *dinamismo* de las mismas. Asimismo, la sociedad debe estar concienciada con la problemática existente y se deben involucrar de manera activa mostrando un compromiso social.

Consiguientemente, la propuesta de mejora que se plantea es de actuación preventiva. Según Melero y Ortiz (1999), la prevención es un “conjunto de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas, a fin de reducirlos a mínimos socialmente aceptables dada la inviabilidad de su eliminación”²⁶.

Una intervención en educación centrada no solo en los jóvenes, sino involucrando a los padres en el proceso. De esta manera, se pretende obtener el fortalecimiento de los vínculos afectivos y de la comunicación con los educadores, tanto padres como profesores.

El objetivo principal es desarrollar la percepción de riesgo ante las conductas adictivas, tanto de consumo de las sustancias psicoactivas como de aquellas adicciones que no implican consumo de sustancias. Algunos de los objetivos específicos son aumentar la capacidad para la toma de decisiones de los jóvenes a través del conocimiento sobre las conductas adictivas. Las actividades irán

²⁶ Ver página web del (Centro Municipal de Atención y Prevención a las adicciones) <http://zaragoza.es/ciudad/sectores/adicciones/prevencion.htm>
Visitado el: 27/05/2014.

orientadas al fortalecimiento de los recursos personales de los jóvenes y a la disminución o eliminación del comportamiento de uso regular de las conductas adictivas; a través de dinámicas grupales, rol-playing, etc.

Por otro lado, se pretende implicar a los padres en el proceso a través de actuaciones formativas para poder desarrollar su papel como agentes de prevención. Así como, las actividades irán enfocadas a la obtención de información y habilidades necesarias que permitan intervenir tempranamente ante situaciones de inicios de consumos en la adolescencia.

La propia sociedad debe actuar ante esta problemática a través de la prevención antes de que se produzca el abuso del consumo de cannabis. Como indicaba el estudio realizado por la FAD²⁷ (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2000, pág. 367) "El compromiso de acción solo es posible si entendemos que los problemas de las drogas forman parte de nuestra estructura social, y sólo desde ella pueden ser aliviados". Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el aumento de la percepción de riesgo es uno de los objetivos de los programas de prevención contra la drogodependencia.

Con esta intervención comunitaria se pretende conseguir que los jóvenes obtengan capacidad y conocimiento para la toma de decisiones que beneficie en la seguridad en sus acciones; afectividad y diálogo con sus familiares a la vez que se establezcan límites y normas que sirvan de referente de conducta; pero sobre todo aporta un equilibrio emocional en el que todos los miembros se involucran. En contraste, la figura del trabajador social en los procesos de prevención comunitaria, se ocupa de una tarea más educativa con el objetivo de evitar que se produzca el consumo.

²⁷Ver el libro "La percepción social de los problemas de drogas en España" (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2000). La FAD realiza un estudio sobre los fenómenos sociales de los consumo de drogas, sobre el impacto de éstos y sobre las posibles intervenciones paliativas.

8. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.

Delegación Europea contra las Drogas. (2004). *Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas para 2005-2012*. Bruselas: Consejo de la Unión Europea.

Álvarez, E., Brime, B., & all, e. (2011). *Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ander- Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Argentina: Lumen/ Humanitas.

Arbex Sánchez, C. (2002). *Guia de intervención: Menores y Consumo de Drogas*. Madrid: Juma.

Ayuntamiento de Zaragoza. (n. d). *Guía de información sobre drogas ¿qué sabemos? ¿Qué tenemos?* Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, Servicios Sociales Especializados, Servicios de Juventud.

Batthyány, K., & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Universidad de la Republica Uruguay.

Becoña Iglesias, E. (Noviembre de 2000). *LOS ADOLESCENTES Y EL CONSUMO DE DROGAS*. Recuperado el 5 de 5 de 2014, de Papeles del Psicólogo:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=843>

Centro Municipal de Atención y Prevención a las adicciones. (s.f.). *Ayuntamiento de zaragoza*. Recuperado el 27 de 05 de 2014, de <http://zaragoza.es/ciudad/sectores/adicciones/prevencion.htm>

Clayton, R. (1992). *Transitions in drug use: risk and protective factors*. Washington: American Psychological Association.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Cánnabis II*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones.

Diccionario de la Real Academia Española. (2001). Recuperado el 5 de 5 de 2014, de <http://lema.rae.es/drae/?val=riesgo>

- Félix- Ortiz, M., & Newcomb, M. (1992). *Vulnerability for drug use among latino*. Journal of Community Psychology,.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2000). *La percepción social de los problemas de las drogas en España*. Madrid: Quadro.
- Garcia del Castillo, J. (2012). Concepto de Percepción de Riesgo y su repercusión en las Adicciones. *Salud y Drogas, vol 12, Nº 2,,* pp. 133-151.
- García- Pablos de Molina, A. (1999). *Tratado de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garcia Prado, G. (2013). La incidencia terapeútica en la actividad del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Zaragoza. *Revista de Educación Social nº 17*, 10.
- Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2010-2016). *II Plan Autonomico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas*. Zaragoza: ARPIrelieve, S. A.
- Gobierno de la Rioja. (2014). *Mano a Mano: Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el ámbito laboral*. Recuperado el 30 de abril de 2014, de http://manoamano.riojasalud.es/inf_cannabis.html
- Gutierrez-Rojas, L., De Irala , J., & Martinez González, M. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Med Univ Navarra/ vol 50, nº1*, 3-10.
- Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Martinez González & et al. (2006). *Investigación en materia de drogodependencia y adicciones: factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas*. Junta de Andalucía: Consejería para la igualdad y el bienestar social.
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid.
- Neuronas Abiertas. (3 de 4 de 2007). *Efecto de las drogas en el sistema nervioso*. Recuperado el 19 de 05 de 2014, de

- <http://naturales9.blogspot.com.es/2007/04/efecto-de-las-drogas-en-el-sistema.html>
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanias. (2014). *Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanias. (2014). *Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo sobre drogodependencias. (s.f.). *Periódico el Mundo*. Recuperado el 27 de 05 de 2014, de <http://www.elmundo.es/espagna/2014/05/27/5384702ee2704ee85d8b4578.html>
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena.
- Plan Nacional Sobre Drogas, & Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. (2009). *Consumo Problemático de Cannabis en Estudiantes Españoles de 14-18 años: validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pozo Martínez, A. (s.f.). *MENORES SUJETOS A MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO*.
- Prado, G. G. (2013). a incidencia terapeútica en la actividad del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial de Zaragoza. *Revista de Educación Social* nº 17, 10.
- Robledo Martín, J. (2004). "Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica". *Revista Científica de Enfermería*, 1,2.
- Ruiz-Olivares, R. E. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society & Education* vol.2, Nº1, pp. 21-31.
- Ruiz-Olivares. R, & et al. (2010). Drogas Legales y Percepción de Riesgo en Universitarios. *Psychology, Society, & Education* Vol 2, Nº1, 25-37.

Tenor, D. P. (2012). ¿Síndrome amotivacional? Consumo de cannabis de inicio precoz. *XIII Congreso Virtual de Psiquiatría. com*, (págs. 1-6). Jaén.

Valdez González, J. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

9. ANEXOS.

9.1 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

<i>Ilustración 1: Afecciones de riesgo.</i>	9
<i>Ilustración 2: Percepción de riesgo.</i>	11
<i>Ilustración 3: Prevalencia de sustancias psicoactivas.</i>	18
<i>Ilustración 4: Prevalencia anual y nº de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial 1990- 2010.</i>	19
<i>Ilustración 5: Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años.</i>	21
<i>Ilustración 6: Prevalencia de consumo de Cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años</i>	22
<i>Ilustración 7: Proceso de Atención Integral a las Drogodependencias.</i>	34
<i>Ilustración 8: Organigrama del Centro.</i>	45
<i>Ilustración 9: Población diana según los tipos de tratamiento.</i>	54
<i>Ilustración 10: Población accesible y/o muestra.</i>	55
<i>Ilustración 11: Jóvenes entrevistados según el sexo.</i>	56
<i>Ilustración 12: Jóvenes entrevistados según el rango de edad.</i>	56
<i>Ilustración 13: Jóvenes entrevistados según el país de origen.</i>	56
<i>Ilustración 14: Jóvenes entrevistados según el máximo nivel de estudios alcanzados.</i>	57
<i>Ilustración 15: Jóvenes entrevistados según la situación laboral.</i>	57
<i>Ilustración 16: Jóvenes entrevistados según la fuente principal que lo ha requerido a tratamiento.</i>	58
<i>Ilustración 17: Jóvenes entrevistados según los motivos de solicitar tratamiento.</i>	58
<i>Ilustración 18: Jóvenes entrevistados según el tipo de familia.</i>	59
<i>Ilustración 19: Jóvenes entrevistados según la convivencia.</i>	59
<i>Ilustración 20: Jóvenes entrevistados según el alojamiento principal.</i>	59
<i>Ilustración 21: Frecuencia de consumo/ semana.</i>	61
<i>Ilustración 22: Frecuencia de consumo/ año.</i>	61
<i>Ilustración 23: Vías de administración del cannabis.</i>	62
<i>Ilustración 24: Vías por las que obtiene información.</i>	63

<i>Ilustración 25: Valoración de la información recibida.</i>	64
<i>Ilustración 26: Periodo transcurrido desde el primer consumo</i>	64
<i>Ilustración 27: Lugares del primer consumo.</i>	65
<i>Ilustración 28: Compañía del primer consumo.</i>	65
<i>Ilustración 29: Fuente de obtención del primer consumo.</i>	66
<i>Ilustración 30: Presencia del consumo de cannabis</i>	66
<i>Ilustración 31: Accesibilidad de obtener cannabis.</i>	67
<i>Ilustración 32: Acceso al cannabis.</i>	67
<i>Ilustración 34: Medida de peligrosidad del cannabis.</i>	70
<i>Ilustración 35: Los posibles beneficios compensan con los posibles riesgos.</i>	71
<hr/>	
<i>Ilustración 36: Palabras asociadas al cannabis.</i>	71
<i>Ilustración 37: Actividades asociadas al consumo de cannabis.</i>	72
<i>Ilustración 38: Prevalencias de consumo con otras sustancias en un mismo día.</i>	76
<i>Ilustración 39: Razones para consumir diversas sustancias psicoactivas.</i>	77
<i>Ilustración 40: Conocimiento de la normativa legal.</i>	77
<i>Ilustración 41: Cumplimiento de la normativa.</i>	78
<i>Ilustración 42: Expectativas futuras a largo plazo.</i>	78
<i>Ilustración 43: Posibilidades de conseguir lo que se proponga en el futuro.</i>	79
<hr/>	
<i>C. Ilustración 44: Efectos clínicos del consumo de cannabis.</i>	97

9.2 ÍNDICE DE TABLAS.

<i>Tabla 1: Percepción de riesgo del consumo de cannabis según el PND.</i>	13
<i>Tabla 2: Factores de riesgo vinculados al ambiente.</i>	30
<i>Tabla 3: Factores de riesgo vinculados al individuo.</i>	31
<i>Tabla 4: Factores de protección vinculados al ambiente y el individuo.</i>	32
<i>Tabla 5: Consumo de sustancias psicoactivas.</i>	63
<i>Tabla 6: Nº de personas y los efectos que esperan conseguir.</i>	68
<i>Tabla 7: Nº de personas y comportamientos de riesgo.</i>	70
<i>Tabla 8: Nº de personas y factores de riesgo y protección.</i>	73
<i>Tabla 9: Nº de persona y consecuencias sociales.</i>	74
<i>Tabla 10: Nº de personas y consecuencias clínicas.</i>	75
<i>Tabla 11: Escala de peligrosidad de sustancias.</i>	76
<i>Tabla 12: Percepción sobre cómo afecta el cannabis en los siguientes ámbitos.....</i>	79

9.3 EFECTOS CLÍNICOS DEL CONSUMO DE CÁNNABIS.

SISTEMA	Efectos	Consecuencias clínicas
Sistema Nervioso Central (SNC)	Psicológicos	Euforia, bienestar, relajación, ansiedad, risa fácil, locuacidad, síntomas paranoides, pánico
	Cognitivos	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad en la concentración. Peor rendimiento en los estudios, mayor conflictividad.
	Sobre el rendimiento psicomotor	Empeoramiento del tiempo de reacción y atención.
	Sobre la función motora	Relajante muscular. Incremento de la actividad motora seguido de inercia e incoordinación motora, ataxia, disgracia, temblores, debilidad y espasmos musculares.
	Sobre la conducción de vehículos	Empeoramiento conducción y manejo de maquinaria. Mayor riesgo de accidentes.
	Sedativos	Depresor generalizado del SNC. Somnolencia.
	Sobre la conducta alimentaria	Aumento del apetito. Antiemético.
	Sobre la sensibilidad	Disminución del dolor, aumento de la sensibilidad térmica.
	Sobre la percepción sensorial	Aumento de la percepción visual, auditiva, táctil. Distorsión del espacio y del tiempo. Alucinaciones.
	Cardiovascular	Aumento de la frecuencia cardiaca. Aumento de la presión arterial. Aumento del gasto cardiaco.
Respiratorio		Exposición al humo y sustancias cancerígenas del tabaco.
Ocular		Enrojecimiento conjuntival. Reducción presión intraocular.
Digestivo		Sequedad de boca. Antiemético.
Inmunológico		Alteración de la inmunidad celular.
Endocrino y reproductor		Disminución de las hormonas sexuales. Aumento de la prolactina (galactorrea). Aumento de riesgos obstétricos y de tumor de testículo.
Embarazo y lactancia		Mayor riesgo de bajo peso al nacer. Paso de cannabinoides a la leche.

Fuente: Comisión Clínica Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

9.4 ENCUESTAS.**Datos del encuestado**

Sexo: Hombre Mujer

Rango de edad:

- 18- 20 años _____
 21- 23 años _____
 24- 25 años. _____

País de origen:

- España.
 Colombia.
 Rumania.
 Otros _____

En caso de no ser español, cuántos años lleva residiendo en España
_____.

Máximo nivel de estudios completado:

- Sin estudios.
 Enseñanza Primaria.
 Enseñanza Secundaria.
 Bachillerato.
 Grado de FP.
 Superior.
 Medio.
 Estudios universitarios.
 Otros _____

Situación laboral:

- Estudiante.
 Parado no habiendo trabajado.
 Desempleado sin cobrar subsidio.
 Desempleado cobrando subsidio.
 Trabajando/ en activo.

Fuente principal que lo ha derivado a tratamiento en CMAPA: (única respuesta)

- Iniciativa propia.
- Familiares.
- Amigos/as.
- Empresa.
- Centros escolares (colegio, institutos, universidad).
- Servicios Sociales.
- Servicios Sociales penitenciarios.
- Servicios de menores.
- Atención Primaria de Salud.
- Hospitales u otros servicios de Salud.
- Otro servicio de tratamiento a drogodependencias.
- Programa PASA.
- Otros _____

Motivos de solicitar tratamiento en CMAPA:

- Propios.
- Familiares.
- Salud.
- Económicos.
- Laboral.
- Legales.
- Otros.

Tipo de familia:

- Monoparental.
- Parental.
- Familia extensa (Padres, hermanos y/o abuelos).
- Familia adquirida (Pareja e hijos)
- Otros _____

Convivencia:

- Solo.
- Familia extensa.
- Familia adquirida.
- Amistades.
- Compañeros de piso.
- Otros _____

Alojamiento principal:

- Casa, piso, apartamento.
- Alojamientos alternativos (sin domicilio, pisos de acogida, albergues, centros residenciales, centros de inserción).
- Prisión o centro de internamiento.
- Alojamientos inestables/precarios (calle).
- Otros _____

Datos sobre el consumo.**Frecuencia de consumo/ semana de cannabis.**

- No consume actualmente.
- 1 día/ semana.
- 2-4 días/semana.
- 5-7 días /semana.

Frecuencia de consumo/ año de Cannabis:

- Últimos 12 meses (Experimental).
- Últimos 6 meses (Ocasional).
- Últimos 30 días (Habitual).
- Últimos 7 días (Diariamente).

Vía de administración del cannabis (posibilidad de dos o más respuestas):

- Vía respiratoria (fumada).
- Vía oral (aceites, pasteles, infusiones).
- Vía intravenosa.
- Vía rectal o mediante parches.

Podría decirme si ha consumido o probado (al menos una vez) algún tipo de sustancias de las que cito a continuación. Marque con una X donde corresponda:

Sustancias	7 últimos días	Últimos días	30	Últimos meses	6	Últimos meses	12
Tabaco							
Alcohol							
Inhalantes							
Cánnabis (THC)							
Metanfetaminas							
GHB, éxtasis líquido, etc.							
Cristal							
Speed							
Cocaína							
Alucinógenos							
Heroína							
Ketamina							
Setas							
Otras							

Conocimiento e información recibida sobre el cannabis.

Ordene cronológicamente las personas por las que ha recibido la información sobre el cannabis.

- Iniciativa propia
 - TV/ Internet/ Medios de Comunicación.
 - Libros y revistas.
- Los padres.
- Amigos.
- Conocidos.
- Profesores.
- Personal especializado en adicciones (charlas en colegios).
- Otros _____

Marca las vías o lugares por las cuales ha recibido dicha información (múltiple respuesta).

- TV/ Internet/ Medios de Comunicación.
- Libros y revistas.
- En casa.
- En el colegio.
- En la calle.
- Otros _____

Valoración de la información recibida.

- Muy útil.
- Bastante útil.
- Poco útil.
- Nada útil.

Inicio de consumo de cannabis.

Edad de inicio de consumo de cannabis _____ años.

Por lo tanto, hace...

- Menos de un año.
- Más de un año y menos de 3 años
- Más de 3 años y menos de 5 años
- Más de 5 años y menos de 7 años
- Más de 7 años.

Lugar del primer consumo de cannabis.

- En la calle.
- En el domicilio.
- En casa un amigo/ conocido.
- En el local/ peña/ garito.
- Zonas de ocio (bares, discotecas, etc.).
- Centros de internamiento.
- Otros _____.

Compañía del primer consumo de cannabis.

- Solo.
- Con familiares.
- Pareja.
- Con amigo/as.
- Con compañero/as.
- Desconocidos.
- Otros _____.

Fuente de obtención del primer consumo de cannabis.

- Familiares.
- Pareja.
- Amigo/as.
- Compañero/as.
- Desconocidos.
- Otros _____.

Grado de accesibilidad al consumo de cannabis.

En su opinión, ¿En qué medida cree que está el consumo de cannabis presente en nuestra sociedad?

- Nada.
- Poco.
- Bastante.
- Mucho.
- NS/NC.

¿Cree que es fácil o difícil obtener cannabis?

- Muy fácil.
- Fácil.
- Difícil.
- Muy difícil.

Indique como accede al consumo de cannabis (múltiples respuestas).

- Yo mismo cultivo para mi consumo.
- Familiares.
- Pareja.
- Amigo/as.
- Conocidos.
- Desconocidos.
- Otros _____

Efectos que espera conseguir con el consumo de cannabis.

(Anexo I. Ilustración 1).

Comportamientos de riesgo bajo los efectos del cannabis.

(Anexo I. Ilustración 2).

Factores de Riesgo y Factores de Protección.

(Anexo I. Ilustración 3).

¿En qué medida cree que es peligroso el cannabis?

- Nada peligrosa.
- Poco peligrosa.
- Bastante peligrosa.
- Muy peligrosa.
- NS/NC.

¿Cree que los posibles beneficios que pueden tener el consumo de cannabis compensan sus posibles riesgos?

- No, nada.
- No, poco.
- Sí, bastante.
- Sí, mucho.
- NS/NC.

¿A qué palabras de las siguientes asociaría más con el cannabis? (Respuesta Múltiple).

- Libertad.
- Independencia.
- Experimentación.
- Control.
- Autosuperación.
- Relajación.
- Comunicación.
- Ninguna.
- Otras. Cuales _____

En su grupo de amigos habitual ¿Cuáles de las siguientes actividades realizan de manera más frecuente? (Múltiples respuestas).

- Actividades humanitarias o sociales.
- Actividades deportivas o culturales.
- Actividades de ocio interior (ir al cine, bares, discotecas, bailes, etc.).
- Actividades de ocio en el exterior (estar en la calle: plazas, parques, etc.).

Consecuencias sociales del consumo habitual de cannabis.

(Anexo I. Ilustración 4).

Consecuencias clínicas del consumo habitual de cannabis.

(Ilustración 5).

Opinión sobre el grado de peligrosidad del consumo de cannabis y otras sustancias.

Percepción de riesgo ante el consumo de cannabis. El consumo de cannabis...

- No sé si me ocasiona problemas.
- No me ocasiona ningún problema.
- Me ocasiona pocos problemas.
- Me ocasiona bastantes problemas.
- Me ocasiona muchos problemas.

En una escala de uno a doce que número le pondría a las siguientes sustancias, siendo uno la más peligrosa y doce la menos peligrosa. En caso de no conocer alguna de estas sustancias, poner una D (desconocida).

Sustancias	Grado de peligrosidad
Tabaco	
Alcohol	
Inhalantes	
Cánnabis (THC)	
Metanfetaminas	
GHB, Éxtasis líquido, etc.	
Cristal	
Speed	
Cocaína	
Setas	
Heroína	
Ketamina	
Otras	

Consumo de cánnabis y otras sustancias.

Prevalencias de consumo de cannabis con otras sustancias.

- Nunca he consumido dos sustancias en el mismo día.
- Consumo de dos sustancias en el mismo día.
 - Cánnabis + _____.
- Consumo de tres sustancias en el mismo día.
 - Cánnabis + _____ + _____.
- Consumo de cuatro sustancias en el mismo día.
 - Cánnabis + _____ + _____ + _____.
- Consumo más de cuatro sustancias en el mismo día.

En caso de consumir diferentes sustancias, las razones que le lleva a usar sustancias psicoactivas a la vez son... (Múltiples respuestas)

- Estar en ambientes recreativos (discotecas o fiestas).
- Compensar los efectos negativos de una primera sustancia.
- Potenciar al máximo la experiencia psicoactiva de la última sustancia ingerida.
- Otras _____

Aspectos legales.

¿Conoce la normativa legal sobre las drogas y su consumo?

- Nada.
- Muy poco.
- Algo.
- Bastante.
- Mucho.

¿Cumple la normativa o leyes como ciudadano?

- No.
- Muy poco.
- Bastante.
- Mucho.

Expectativas futuras respecto al consumo de cannabis.

Expectativas futuras a largo plazo (1 año) sobre el consumo de Cannabis.

- Consumo y no lo dejaré.
- Consumo pero lo dejaré.
- No consumo, pero quizás lo haga o lo haré.
- No consumo y pienso que nunca lo haré.

Si va a seguir consumiendo cannabis ¿Cómo piensa que afectará, en los siguientes ámbitos, en su futuro?

	Social	Biológico	Psicológico
Mal			
Regular			
Bien			
Igual que si no consumiera			

Si sigue consumiendo cannabis, ¿Cree que tendrá posibilidades de conseguir lo que se propone en su futuro?

- Nada/ Nunca.
- Poco/ Pocas veces.
- Algunas/ Algunas veces.
- Casi todo/ Casi siempre.
- Todo/ Siempre.

A. CUADROS AFIRMACIONES.

EFFECTOS QUE ESPERA CONSEGUIR CON EL CONSUMO DE CÁNNABIS: Fumo cannabis para...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (poco de acuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	4 (bastante de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...ser más sociable y desinhibirme. Me facilita las relaciones inter- personales (conocer más gente).					
... realizar y/o sentir nuevas experiencias que no haría sin consumo (Por ejemplo, probar otras sustancias).					
... no destacar entre mis amigos. No me gusta ser el raro.					
...seguir una rutina, un hábito o costumbre.					
... relajarme o aislarme del exterior. Siento que estoy en "mi burbuja" y me siento bien.					
... lograr sentimientos de bienestar, euforia o risa fácil.					
...ser más creativo. Me ayuda a inspirarme en las actividades que realizo.					
... fastidiar a mis padres. No me gusta que me digan lo que tengo que hacer.					

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO BAJO LOS EFECTOS DEL CÁÑABIS: Bajo los efectos del cannabis...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (poco de acuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	4 (bastante de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...Creo que mantener <i>relaciones sexuales</i> sin protección puede ser arriesgado.					
...Si <i>conduzco</i> un vehículo a motor, el riesgo de sufrir colisión es el doble.					
...Pienso que me afecta a las capacidades motoras e influye en una <i>conducción insegura</i> .					
...Tengo menor rendimiento e implicación en el <i>centro escolar o laboral</i> .					
...Incumplio el <i>horario laboral o escolar</i> .					
...Pienso que se puede triplicar el riesgo de aparición de <i>cuadros psicóticos</i> .					
...Puedo <i>reaccionar de manera más agresiva</i> ante una discusión con mi familia, pareja o amigos.					
... mayor es el riesgo de <i>consumo de otras sustancias</i> .					

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN: Creo que...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (poco de acuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	4 (bastante de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
El conocimiento e información sobre el cannabis es un factor de riesgo.					
El inicio temprano en el consumo de cannabis (15 años) es un factor de riesgo.					
La facilidad en el acceso al cannabis es un factor de riesgo.					
La búsqueda de placer en el consumo de cannabis es un factor de riesgo.					
La fuerte implicación emocional en el grupo de iguales es un factor de riesgo.					
La valoración de la salud personal es un factor de riesgo.					
El consumo de otras sustancias (OH o Tabaco) es un factor de riesgo para el consumo de cannabis.					
El conocimiento de las leyes en materia de drogodependencia es un factor de riesgo.					
Una visión positiva o tener expectativas futuras es un factor de riesgo.					

CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO HABITUAL DE CÁNNABIS: : El consumo de cannabis ...	1 (totalmente desacuerdo)	2 (poco de acuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	4 (bastante de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...me hace no aceptar las normas impuestas por mis padres, de la misma manera que si no consumo.					
...me produce estar menos irritable y dificulta las conductas agresivas como peleas.					
...me causa tener peor rendimiento en el centro escolar o laboral.					
...me afecta a las situaciones interpersonales. Siento dificultad para comunicarme.					
... me siento más independiente. No pienso en los demás					
...me ayuda a dormir. (induce la somnolencia)					
...me hace tener menos ganas de hacer cosas. Pierdo la motivación enseguida.					
El conocimiento de las leyes en materia de drogodependencia es un factor de riesgo.					
Una visión positiva o tener expectativas futuras es un factor de protección.					

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DEL CONSUMO HABITUAL DE CÁNNABIS: El consumo de cannabis	1 (totalmente desacuerdo)	2 (poco de acuerdo)	3 (medianamente de acuerdo)	4 (bastante de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
...me produce síntomas paranoides o alucinaciones.					
Me afecta a la memoria a corto plazo y tengo mayor dificultad para concentrarme.					
Aumenta mi tiempo de reacción ante un estímulo. Estoy más "empanado/a".					
Me provoca un aumento de la percepción visual y auditiva.					
Me produce disminución del dolor, cuando me duele alguna parte del cuerpo.					
Me afecta al sistema respiratorio (broncodilatación), cardiovascular (vértigos) y digestivo (diarreas, sequedad de boca).					
Me produce enrojecimiento de la conjuntiva de los ojos.					
Afecta al sistema reproductor.					
Me afecta al sistema respiratorio (broncodilatación), cardiovascular (vértigos) y digestivo (diarreas, sequedad de boca).					
me produce enrojecimiento de la conjuntiva de los ojos.					

