



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Actividades y talleres de prevención contra las drogas en
las pistas de esquí aragonesas.

Anti-drug prevention activities and workshops on the
Aragonese ski slopes.

Autor/es

Marta Matarredona Beltrán

Director/es

Luis M. Vilas Buendía

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Zaragoza / Trabajo Social
2018/2019

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	MARCO TEÓRICO	
2.1.	POBLACIÓN.....	2
2.2.	MARCO GEOGRÁFICO	
2.2.1.	ARAGÓN.....	3
2.2.2.	COMARCAS.....	5
3.	PREVENCIÓN	
3.1.	DROGAS	
3.1.1.	QUE ES LA DROGA Y TIPOS DE DROGA.....	13
3.1.2.	PROGRESIVIDAD DE LA DROGA EN NUESTRO PAÍS Y CONSUMO DE DICHA SUSTANCIA....	14
3.1.3.	DROGAS, DEPORTE, Y PUBLICIDAD.....	23
3.1.4.	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS PISTAS DE ESQUÍ ARAGONESAS.....	26
3.2.	PREVENCIÓN.....	31
3.3.	TRABAJO SOCIAL Y DROGAS.....	35
4.	PLAN DE PREVENCION DE DROGAS EN LAS PISTAS DE ESQUÍ ARAGONESAS	
4.1.	OBJETIVOS.....	40
4.2.	EXPLICACIÓN DEL PLAN.....	40
4.2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
4.2.2.	ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	
4.2.2.1.	ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN.....	44
4.2.2.2.	TALLERES.....	48
4.2.2.3.	OTRAS ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.....	50
4.3.	AVIVIDADES DE EVALUACIÓN	
4.3.1.	QUÉ ES LA EVALUACIÓN.....	51
4.3.2.	ACTIVIDADES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN.....	51
5.	CONCLUSIONES.....	51
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	55
7.	ANEXOS.....	57

RESUMEN

Este trabajo se realizó por una petición del Gobierno de Aragón, partiendo de una solicitud de función pública de la sección de drogodependencias en relación con el **consumo de drogas**, debido al problema de **salud** actual que han generado y que afecta en mayor medida a los **jóvenes**. Finalmente se amplió, y ha derivado en la realización de un **plan de prevención** de drogas para los jóvenes en las pistas de esquí aragonesas de las comarcas de la Ribagorza, Jacetania, Sobrarbe, y Alto Gállego, por los costes económicos, sociales y humanos que estas han supuesto en la vida diaria.

Palabras clave: consumo, drogas, jóvenes, plan de prevención, salud.

SUMMARY

This project was carried out by a request from the Government of Aragon, beginning with a request for a public function of the drug addiction section in relation to **drug use**, due to the current **health** problem that they have generated and that most **youngsters** are facing. Finally it expanded, and it has derived from the realization of a **plan for drug prevention** in the skii slopes of Aragonese counties as Ribagorza, Jacetania, Sobrarbe and Alto Gallego, for the economic, social and human costs that have resulted.

Key words: drug use, drug, youngsters, plan for drug prevention, health.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la Dirección General de Salud Pública de Aragón, se planteó un proyecto Europeo EFA 199/16/PREVENTION_OH dentro de la Red de Cooperación transfronteriza en materia de prevención del uso de drogas y promoción de hábitos saludables en las pistas de esquí del pirineo Aragonés.

Desde este proyecto se quería conseguir la promoción de hábitos saludables y la prevención del uso de drogas, que promovieran la inclusión de la población juvenil más vulnerable. Pero pocos eran los datos que se tenían sobre la situación actual de consumo de dicha zona. Por lo que se planteó un paso previo de planificación, en el que intervenimos haciendo un prácticum grupal, buscando realizar una valoración de la situación actual de la zona, y la evolución de los consumos de sustancias en los entornos próximos a las estaciones de esquí.

Como el trabajo planteado me gustó, decidí ampliarlo, centrándome en como el trabajador social puede evitar dichos consumos, o retrasar la edad de consumo de los jóvenes, promoviendo nuevas maneras de ocio y tiempo libre y hábitos saludables. Y realizando un plan de prevención, por medio de actividades de sensibilización e información, que llevarán a la consecución de dichos objetivos.

Esta idea del plan de prevención por medio de actividades se me ocurrió porque realicé las prácticas del grado en la Fundación el Tranvía, en el centro de recursos comunitarios (CRC). En él, se interviene desde una perspectiva de desarrollo comunitario, se trabaja desde la globalidad y diversidad cultural, y se realizan actividades que intervienen en el desarrollo personal y comunitario, profundizando en los procesos de participación personal y social con la intención de promover una transformación social.

Para conseguir realizar el plan a consecuencia, se realizó un cuestionario que se envió a los profesionales de los centros de prevención comunitaria de Alto Gállego, Jacetania, Sobrarbe y Ribagorza para conocer su opinión sobre este tema, y a los profesionales de algunas pistas de esquí del pirineo Aragonés, además de buscar información sobre las drogas más consumidas entre los jóvenes, y los medios de publicidad y ocio que se dan en las pistas de esquí y que fomentan el consumo de sustancias psicoactivas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POBLACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), la adolescencia es definida como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

El término de juventud es muy amplio y confuso a veces, por lo que se tiene que estudiar y concretar su significado para no cometer errores; para ello, empezamos estudiando diferentes definiciones ya establecidas de “juventud”:

“Los jóvenes son, según la definición de las Naciones Unidas, las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. La UNESCO entiende que los jóvenes constituyen un grupo heterogéneo en constante evolución y que la experiencia de “ser joven”, varía mucho según las regiones del planeta e incluso dentro de un mismo país” (UNESCO, 2017).

Cuando se habla de “grupo heterogéneo” se refiere al carácter. Lo que se desea es diferenciarse del resto, desarrollar un sentimiento de pertenencia formando parte de un determinado grupo en función de las creencias y estética, su grupo de pares. Así pues, aparecen subgrupos diferentes entre ellos, heterogéneos. (Ejemplos: raperos, góticos, hippies, etc.)

El concepto de juventud es un término que deriva del vocablo latino iuventus, permite identificar el periodo entre la infancia y madurez en edades comprendidas entre los 15 y los 25 años de edad. Aunque no existen límites precisos al respecto, las mayores expectativas de vida hacen que en ciertos aspectos las personas de 40 años se consideran como jóvenes.

En la juventud el individuo se encuentra desarrollado a nivel sexual pero carece de la madurez emocional que se requiere para enfrentar los conflictos de la vida adulta. La madurez por lo tanto es un estado al que se llega gracias a la experiencia de la vida.

La idea de juventud se aprovecha por lo general para nombrar tanto al grupo de los jóvenes como al estado de la persona joven.

Según Sandra Souto (2007), la juventud “cronológicamente, no tiene unos límites de edad precisos ya que, con el paso del tiempo, se ha producido un proceso de ampliación de estos límites -que no dependen sólo

de consideraciones psicológicas, sino del desarrollo social, de las posibilidades de independencia económica y política, de la legislación, o de la percepción de la sociedad, y de los mismos jóvenes y de las organizaciones juveniles, que continúa en la actualidad. Dentro de este periodo, además, se suele distinguir entre adolescentes y jóvenes adultos, división que destaca que estos últimos han alcanzado ya ciertas posiciones sociales que no están al alcance de los adolescentes.”

Sandra Souto (2007) sostiene que, “la juventud puede ser definida como el periodo de la ida de una persona en el que la sociedad deja de verle como un niño, pero no le da un estatus y funciones completos de adulto. Como etapa de transición de la dependencia infantil y la autonomía adulta, se define por las consideraciones que la sociedad mantiene sobre ella: qué se le permite hacer, que se le prohíbe, o a qué se le obliga. Se espera que los jóvenes empiecen a diseñar un currículo de decisiones propias - amigos, ocio, colectivos a los que se quiere pertenecer, educación, mercado laboral, ... que los convierta en sujetos autónomos, y la sociedad les exige una postura clara y definida ante ellos mismos y ante un contexto social inmediato.”

Teniendo como base estas definiciones, entendemos como etapa de la juventud desde los 15 hasta los 24 años.

En esta etapa, el tema de las drogodependencias y su uso indiscriminado ha llevado a una alerta general. La adolescencia es la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, como bien hemos explicado con anterioridad, en la que se desarrollan diferentes cambios cognitivos, afectivos, físicos, emocionales, de valores y sociales, en la que se busca la identidad personal, diferente a la establecida y convencional, por lo que se vuelve un periodo de especial vulnerabilidad ante conductas asociadas al consumo.

2.2 MARCO GEOGRÁFICO

2.2.1 ARAGÓN

Aragón está situado al Norte y al Este de la Península Ibérica, tiene una extensión de 47.720 Km², formado por las provincias de Huesca, Teruel y Zaragoza, limita al Norte con Francia al Oeste con Navarra, La Rioja, Castilla León, Castilla La Mancha, al Sur con Castilla La Mancha y la Comunidad Valenciana al Este con la Comunidad Valenciana y con Cataluña.

Según el Diagnóstico inicial de Aragón y recursos existentes en materia de prevención y atención de adicciones, el Relieve de Aragón se distinguen tres zonas al Norte la Cordillera de los Pirineos donde nos encontramos las montañas más altas: Aneto, Posets, Monte Perdido, en el centro un amplio surco, por

donde discurre el río Aragón y al Sur del Pirineo encontramos una serie de sierras de poca altitud: Guara, Santo Domingo.

En el Centro de Aragón la Depresión del amplio y fértil valle, entre el Pirineo y el Sistema Ibérico, atravesado por su centro por el río Ebro. En su zona exterior, junto a las sierras, se sitúan unas planicies denominadas somontanos.

Al Suroeste el Sistema Ibérico con las Sierras en Zaragoza del Moncayo, Sierra de la Virgen, Sierra de Vicort y en Teruel los Montes Universales, Sierras de Albarracín y Gúdar y Javalambre.

La Comunidad Autónoma de Aragón, comprende un territorio caracterizado por su gran extensión, es la cuarta Comunidad Autónoma Española, sólo superada en tamaño por Castilla y León, Castilla-La Mancha y Andalucía y por su situación privilegiada en España y en el entorno europeo.

Es destacable su papel de frontera con Europa a través de los Pirineos. Asimismo, la capital, Zaragoza, y el Valle del Ebro se configuran como centro de interés en la medida en que equidistan de otros centros neurálgicos españoles: Madrid, Barcelona, Bilbao y Valencia, lo que convierte a Zaragoza en un nudo de comunicaciones.

En el siguiente mapa de España destacamos Aragón, la comunidad autónoma en la que nos hemos centrado en este apartado:



OnTheWorldMap. (2012-2018). Localización de Aragón en el mapa de España. Recuperado de: <http://ontheworldmap.com/spain/autonomous-community/aragon/aragon-location-on-the-spain-map.jpg>

Y en este mapa concreta la situación geográfica de cada una de las comarcas de Aragón:



Diestre, R. (2016). Mapa Aragón: Comarcas. Recuperado de:
<https://geografiaehistoriapabloserranozaragoza.wordpress.com/2016/11/30/mapa-aragon-comarcas/>

2.2.1 COMARCAS

Tal y como hemos mencionado anteriormente, Aragón está compuesto por treinta y tres comarcas, estando diez de ellas en la provincia de Huesca. De todas ellas y dónde vamos a centrar nuestra atención

son en aquellas comarcas que se encuentran limítrofes con Francia, siendo estas La Jacetania, Alto Gállego, La Ribagorza y Sobrarbe.

Antes de comenzar a analizar cada una de las comarcas, tenemos que tener una idea previa de dónde se sitúan, la situación geográfica de cada una de ellas.



Gifex. (2018). Comarcas de la provincia de Huesca. Recuperado de: <http://www.gifex.com/detail/2010-10-08-12211/Comarcas-de-la-provincia-de-Huesca.html>

La comarca del Alto Gállego se sitúa en el Pirineo central; limita al norte con Francia, al este con la comarca del Sobrarbe y al sureste con el Somontano. Tiene una superficie de 1.359.80 km², y está formado por ocho municipios, siendo la capital Sabiñánigo.

La comarca de la Jacetania se encuentra en el norte de Aragón, limítrofe con Navarra y Francia, y cuenta con una superficie de 1.857,70 km². El número de municipios que la conforman es de veinte, siendo Jaca la capital.

La comarca de la Ribagorza es la más extensa del resto de comarcas pirenaicas, extendiéndose en 2.380 km². Se sitúa al noreste de la provincia de Huesca, limítrofe al norte con Francia y al sureste con Lérida. Cuenta con treinta y cuatro municipios, siendo Graus la capital de comarca.

La comarca del Sobrarbe limita al norte con Francia, al este con la Ribagorza y al oeste con el Alto Gállego, con una extensión de 2.203 km². Está formada por diecinueve municipios, siendo Boltaña la capital.

A continuación, se realizará un análisis de población, que se distribuye en 1.541 asentamientos, de los cuales 895 cuentan con menos de 100 habitantes y solo 13 superan los 10.000 habitantes, acogiendo al 65,9% de la población aragonesa.

Aragón, se caracteriza por un desequilibrio demográfico, con un reparto desigual de la población en el territorio: la ciudad de Zaragoza y su entorno aglutina a más del 50 % de la población aragonesa. El sistema de asentamientos supone un elevado coste para la prestación de servicios y dotación de equipamientos básicos.

El avanzado proceso de envejecimiento de la población afecta de forma general a todo Aragón y, especialmente, al mundo rural, pese a los importantes movimientos migratorios registrados en la última década.

Las especiales características del territorio aragonés dificultan la prestación de servicios que necesitan sus habitantes, con el objetivo de mejorar el desarrollo y la vertebración del territorio de Aragón se impulsó un modelo de organización territorial, la comarcalización, entidad local territorial con personalidad jurídica propia que goza de capacidad y autonomía para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo la oferta de servicios públicos básicos y corrigiendo los desequilibrios territoriales.

La comarca de La Jacetania, está compuesta por 17.744 personas de las cuales 8.991 son hombres y 8753 corresponde a la cifra de mujeres. Respecto a Alto gállego tiene un total de 13.480, de las cuales corresponde 6.819 a la figura del hombre y 6.661 a mujeres.

La comarca de Sobrarbe cuenta con 7.317, de los cuales corresponde a 3.902 hombres y 3.415 son mujeres. Por último, La Ribagorza, corresponde un total de 12.067, correspondiendo la cifra de 6290 a hombres y 5777 mujeres.

En cuanto al turismo, ya que supone una parte importante en Aragón en cuanto tejido empresarial, puesto que este tejido empresarial está compuesto por diversos establecimientos entre hoteles, hostales,

pensiones, paradores, hospederías, camping, albergues, refugios de montaña, alojamientos turísticos y viviendas de turismo rural.

Más de 8.000 empresas están vinculadas a la actividad turística, además abarca un amplio abanico de servicios entre restaurantes, cafeterías, balnearios, estaciones de esquí alpino y de fondo, campos de golf, puertos deportivos/náuticos, centros vacacionales, parques temáticos y de ocio, aeropuertos, aeródromos, campos de vuelo de ultraligeros, zonas de vuelo de parapente, empresas de turismo activo y de aventura.

El total de las comarcas limítrofes de la provincia de Huesca con Francia cuenta con un total de 23.901 número de plazas de oferta turística, con 10.016 camareros/as y con 1.970 monitores/as, instructores/as y animadores/as culturales. A continuación, desglosamos estos datos por las comarcas limítrofes.

En la comarca del Alto Gállego, el número de plazas de oferta turística es de 5.760, en cuanto a camareros/as asalariados/as él hay 1.326, también cuentan con 243 monitores/as instructores/as y animadores/as culturales.

En la comarca de La Jacetania, el número de plazas de oferta es de 5.782, en cuanto a camareros/as asalariados/as cuentan con 1.350, también con 659 monitores/as, instructores/as y animadores/as culturales.

En la comarca de la Ribagorza, el número de plazas de oferta es de 5.561, en cuanto a camareros/as asalariados/as tienen a 570, también cuentan con 341 monitores/as, instructores/as y animadores/as culturales.

En la comarca de Sobrarbe, el número de plazas de oferta es de 6.798, en cuanto a camareros/as asalariados/as tienen a 826, cuentan también con 192 monitores/as, instructores/as y animadores/as culturales

En cuanto la actividad económica, Aragón es un territorio heterogéneo, con amplias zonas de escasa producción y en otras se concentra de forma notable. La tasa de actividad en 2017 se encuentra en 58,8%. La distribución de la población activa por sexos se presenta de manera desigual, representando un porcentaje de tasa de actividad masculina superior respecto a la tasa de actividad femenina.

Muestra una especialización productiva relativa en agricultura, industria y construcción. La importancia relativa del empleo femenino ha aumentado con más intensidad en Aragón que en el conjunto español en la primera década del siglo, especialmente en Huesca y, en menor medida, en Zaragoza, lo que ha supuesto

que la participación de la mujer en el mercado de trabajo haya alcanzado prácticamente a la mitad de la población femenina, acercándose a los dos tercios de la población masculina que supone en los hombres.

Respecto a la distribución territorial de la actividad económica, en la comarca de La Jacetania se basa en su gran mayoría al sector servicios con un 93.3%, siendo este pues el motor económico, frente al 1.1% dedicado a la agricultura, el 1.2% a la industria, y el 4.5% a la construcción.

En la comarca de La Ribagorza, el sector de demandantes según el sector de actividad en el año 2016 se divide en agricultura, industria construcción, servicios y sin empleo. La mayor parte, con un 68.4% se dedican al sector servicios.

Haciendo referencia a los contratos según sector de actividad, el sector servicios ocupa un lugar principal con un 85.4%, seguido de la agricultura con un 6.5%. El número de contratos tanto en el hombre como en la mujer es mayor entre los 30 y 44 años. La mayor parte de estos contratos son temporales (un 90%).

Los contratos son mayores en camareros asalariados, personal de limpieza de oficinas, hoteles, etc., ayudantes de cocina, monitores de actividades recreativas y de entretenimiento e instructores de actividades deportivas, principalmente.

Respecto a la comarca de Sobrarbe, según el sector de actividad, el número de trabajadores por cuenta propia es en 2016 en primer lugar, el sector servicios con un 51.7%, seguido de la agricultura con un 28.3%, un 15.9% en construcción y un 4.1% en industria.

En función de los demandantes según el sector de actividad en 2016, el sector servicios ocupa un lugar destacado con un 78.4%.

El número de demandantes parados es mayor en los hombres mayores de 44 años.

Los contratos según el sector de actividad se basan en su mayor parte, con un 92.9% en el sector servicios, siendo más elevados en personas menores de 30 años, con un porcentaje mayor de mujeres (22.0%) que en hombres (18.1%). El porcentaje de contratos a personas entre los 30 y 44 años es menor pero parecido al anterior, siendo menores en personas con más de 44 años.

El 93.0% de contratos son temporales, frente al 7.0% de contratos indefinidos, siendo mayores estos contratos en camareros asalariados, seguidos del personal de limpieza de oficina, hoteles y otros establecimientos, y de ayudantes de cocina, principalmente.

Por último, la comarca de Alto Gállego, el sector de demandantes según el sector de actividad, el número de trabajadores por cuenta propia en el 2016 es, en primer lugar, la agricultura con un 11,1 %, la industria con un 5%, la construcción con un 14,8% y destaca con un alto porcentaje el sector servicios con un 69%.

En cuanto a los demandantes según el sector de actividad en el año 2016 destaca el sector servicios.

Respecto al equipamiento educativo, se hace uso del Mapa Escolar de Aragón para el planeamiento territorial del Sistema Educativo.

Un problema principal existente en los centros rurales es la escasa población, por lo que se adopta una medida que consiste en la agrupación de diferentes colegios de localidades cercanas, con un núcleo central en uno de ellos (Centros Rurales Agrupados ó CRA).

Así pues, existe un total de 40 centros educativos contando los centros de ESO, Bachillerato y Formación Profesional de Aragón, y 11.424 alumnos/as entre 14 y 25 años.

De estos datos, al Alto Gállego corresponden 4 centros educativos ESO/Bach/FP y un total de 740 alumnos/as de entre 14 y 25 años de edad.

En la Jacetania, hay un total de 1.246 alumnos/as entre 14 y 25 años de 4 centros educativos ESO, Bachillerato y Formación Profesional.

La Ribagorza cuenta con 7 centros educativos ESO/Bach/FP y con un total de 531 alumnos entre 14 y 25 años edad.

En la comarca del Sobrarbe hay un total de 353 alumnos de entre 14 y 25 años de edad, y 5 centros educativos ESO/Bach/FP.

El equipamiento sanitario está recogido en el Mapa Sanitario de Aragón puesto que recoge la organización territorial de los centros que conforman el Servicio Aragonés de Salud, que se estructura ocho Sectores Sanitarios: Huesca, Barbastro, Alcañiz, Teruel, Calatayud, Zaragoza I, Zaragoza II, Zaragoza III.

También cuentan con Servicio Aéreo de Transporte Sanitario y Emergencias del 112 los cuales prestan helicópteros medicalizados en los traslados por enfermedad o accidentes, aunque estos no se tratan como tal de un equipamiento sanitario, pero es importante mencionarlo.

Las comarcas de la provincia de Huesca limítrofes con Francia cuentan con un total de 11 centros de salud y 115 consultorios.

En la comarca del Alto Gállego cuentan con 2 centros de salud y 12 consultorios, en la comarca de La Jacetania cuentan con 3 centros de salud y 39 consultorios, en la comarca de la Ribagorza cuentan con 3 centros de salud y 42 consultorios, y por último en la comarca de Sobrarbe cuentan con 3 centros de salud y 22 consultorios.

En cuanto al equipamiento de Servicios Sociales, el primer nivel del Sistema Público de Servicios Sociales los constituye Servicios Sociales Generales los cuales proporcionan una atención que tiene como objetivo favorecer el acceso a los recursos de los sistemas de bienestar social, produciendo alternativas a las carencias o limitaciones en la convivencia, favoreciendo la inclusión social y promoviendo la cooperación y solidaridad social en un determinado territorio.

En las comarcas de la provincia de Huesca limítrofes con Francia, se encuentra una alta concentración de Asociaciones y organizaciones no gubernamentales las cuales trabajan de forma activa la prevención de conductas adictivas, implicando a gran número de personas voluntarias y de profesionales para la puesta en marcha de actividades que van dirigidas a la movilización social y a la participación ciudadana.

Estas asociaciones y organizaciones no gubernamentales llevan a cabo su labor en las comarcas de Alto Gállego, Jacetania, Ribagorza y Sobrarbe.

En Alto Gállego se encuentra la “Asociación Ibón de Drogodependencias” de Sabiñánigo, en la Jacetania se encuentra la “Asociación Naxé” de Jaca, en Ribagorza se encuentra la “Asociación de familias contra las drogas de Benasque”, y en Sobrarbe en el municipio de Boltaña se encuentra el Centro de Prevención Comunitaria de la comarca del Sobrarbe.

En Huesca cuentan con la “Fundación Cruz Blanca”, la “Cruz Roja” y el “Centro de Solidaridad Interdiocesano”.

También tienen a su disposición Centros de Prevención Comunitaria (CPC), los cuales son definidos en la Cartera de Servicios de los Centros de Prevención Comunitaria como recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables. Por tanto suponen un recurso específico de prevención siendo estos dependientes de las entidades locales, estos centros se organizan para impulsar el desarrollo de una red autonómica de prevención de adicciones con una estrecha relación con los Servicios Sociales Comunitarios.

El órgano encargado de coordinar el proceso de desarrollo de estos centros y de potenciar la elaboración de planes locales de prevención, realizando una supervisión técnica y de apoyo financiero es la Dirección General de Salud Pública.

Hay 14 Centros de Prevención Comunitaria (CPC), los ayuntamientos que disponen de estos centros son los de Huesca, Calatayud, Jaca, Monzón, Tarazona, Teruel, Alcañiz y Zaragoza.

Puesto que nos estamos centrando en las provincias de Huesca limítrofes con Francia, hemos de mencionar los siguientes Centros de Prevención Comunitaria: CPC comarca Alto Gállego (Sabiñánigo), CPC ayuntamiento de Monzón (Monzón), CPC ayuntamiento de Huesca (Huesca), CPC ayuntamiento de Jaca (Jaca), CPC comarca Sobrarbe (Boltaña).

El trabajo de los CPC, es fundamental a la hora de poner en marcha programas de prevención universal, selectiva e indicada en el territorio. También es fundamental la coordinación con los Servicios Sociales locales ya que este trabajo hace posible llegar los diferentes grupos de población de casi toda la zona.

Esta prevención de adicciones tiene por objeto promover la responsabilidad personal, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables, como también desarrollar la capacidad crítica para la toma de decisiones que faciliten el cuidado del entorno y de su propia salud.

Según el Diagnóstico inicial de Aragón y recursos existentes en materia de prevención y atención de adicciones, en lo que se refiere al equipamiento deportivo, los servicios e infraestructuras que se ofrecen en el Alto Gállego son 2 áreas de actividad acuática, 13 áreas de actividad terrestre, 3 campos de fútbol, 22 espacios pequeños y no reglamentarios, 9 frontones, 1 pabellón c/frontón y frontón cerrado, 4 pabellones polideportivos, 33 piscinas al aire libre, 3 piscinas cubiertas, 1 pista de atletismo, 3 pistas de esquí, 1 pista de pádel, 2 pistas de petanca, 1 pista de squash, 12 pistas de tenis, 13 pistas polideportivas, 1 refugio de montaña, 3 rocódromos y 11 salas.

En la comarca de la Jacetania existen 2 áreas de actividad acuática, 18 áreas de actividad terrestre, 6 campos de fútbol, 1 campo de tiro, 34 espacios pequeños y no reglamentarios, 4 frontones, 52 piscinas al aire libre, 3 piscinas cubiertas, 3 pistas de esquí, 1 pista de petanca, 11 pistas de tenis, 19 pistas polideportivas, 3 refugios de montaña, 3 rocódromos, 11 salas y 6 denominados como "otros campos".

Entre los equipamientos de la Ribagorza se cuenta con 2 aeródromos, 4 áreas de actividad acuática, 2 áreas de actividad aérea, 25 áreas de actividad terrestre, 8 campos de fútbol, 1 campo de golf, 1 campo de tiro, 32 espacios pequeños y no reglamentarios, 8 frontones, 7 pabellones polideportivos, 34 piscinas al aire libre, 2 piscinas cubiertas, 1 pista de atletismo, 2 pistas de esquí, 1 pista de hípica, 2 pistas de pádel, 2 pistas

de petanca, 1 pista de squash, 11 pistas de tenis, 28 pistas polideportivas, 2 puertos y dársenas, 3 refugios de montaña, 4 rocódromos y 15 salas.

Por último, en el Sobrarbe existen 6 áreas de actividad acuática, 13 áreas de actividad terrestre, 10 campos de fútbol, 21 espacios pequeños y no reglamentarios, 12 frontones, 3 pabellones polideportivos, 25 piscinas al aire libre, 1 piscina cubierta, 1 pista de esquí, 8 pistas de tenis, 11 pistas polideportivas, 1 puerto y dársena, 2 refugios de montaña, 1 rocódromo, 8 salas y 1 como “otro campo”.

3. PREVENCIÓN

3.1 DROGAS

3.1.1 QUE ES LA DROGA Y TIPOS DE DROGA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la droga es toda sustancia que introducimos en el organismo a través de una vía de administración, que produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 1986).

Estas sustancias pueden producir alteraciones físicas y/o psicológicas, provocando experimentación de nuevas sensaciones, modificaciones en el comportamiento de la persona, del estado de ánimo, de sus funciones, incluso los procesos de pensamiento de cada persona pueden verse alterados; teniendo la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores (OMS, 1986).

Los avances en neurología nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias.

Además, podemos encontrarlas en cualquier lugar en la sociedad. Esta afirmación está respaldada en la disponibilidad percibida de la encuesta de ESTUDES, del Plan Nacional de Drogas y en numerosos artículos de periódicos como el Heraldo de Aragón.

Clasificamos las drogas en ilegales y legales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las drogas ilegales son sustancias psicoactivas cuya producción, venta o consumo están prohibidos. La droga en sí no es ilegal, la hace ilegal su producción, su venta o su consumo ya sea como droga o medicamento fuera de los canales legales permitidos.

En contraposición, las drogas legales son las que están disponibles mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción.

Según la Fundación de Ayuda contra la Adicción (FAD), clasifica las drogas de la siguiente forma:

En primer lugar, las sustancias depresoras, inhiben su funcionamiento y producen una lentitud en la actividad nerviosa del individuo.

En segundo lugar, las sustancias estimulantes, aumentan las funciones corporales y excitan el sistema nervioso central.

En tercer lugar, las sustancias alucinógenas, perturban la conciencia y deforman la percepción

En el siguiente cuadro de la Fundación de Ayuda contra la Adicción (FAD), clasifica de las drogas de la siguiente manera:

SUSTANCIAS DEPRESORAS	SUSTANCIAS ESTIMULANTES	SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS
-Alcohol	-Anfetamina	-Cannabis
-Barbitúricos	-Cocaína	-Drogas de Síntesis
-Benzodiacepinas	-Crack	-Hongos
-Cannabis	-Drogas de Síntesis	-Ketamina
-GHB	-Tabaco	-LSD
-Heroína	-Xatinas	-PCP
-Metadona		-Sustancias Volátiles
-Popper		
-Sustancias Volátiles		

3.1.2 PROGRESIVIDAD DE LA DROGA EN NUESTRO PAÍS Y CONSUMO DE DICHAS SUSTANCIAS.

Lo que hace unos años parecía solo una fase del desarrollo industrial, afecta de manera clamorosa, e independientemente del grado de desarrollo, a la mayoría de países del planeta. El consumo de drogas es uno de los problemas más graves de salud pública que se plantean, y en los que coinciden varios factores que han provocado la existencia de un conflicto social, económico y político-legislativo de primera mano (DGA, 1986)).

Actualmente las drogas se han convertido en uno de los focos de atención social más importantes en nuestro país. España, al principio, se creía un país “puente” en relación con el consumo y tráfico de drogas ilegales, viviendo al margen de los problemas que ello planteaba tanto sociales como económicos y culturales (DGA, 1986).

Hoy por hoy, se ha podido demostrar que no era así. España, ha pasado de ser un país considerado de tránsito, a ser uno de los países más consumistas en el mercado de la droga. Esto, es lo que se considera una sociedad consumidora que va creciendo día a día, cada vez lo hace en mayor proporción. Pero no es hasta 1984 cuando en las altas esferas toman conciencia del verdadero problema que acucian las drogas.

Por tanto en dicho año, se crea por el Senado, la Comisión especial de investigación sobre el tráfico y consumo de drogas en España, redactando un informe en el que se dan pautas y recomendaciones a seguir por el Gobierno, Comunidades Autónomas y todas las Administraciones Públicas (DGA, 1986).

Un año después, en julio de 1985, visto que lo anterior no era suficiente para combatir el problema, se crea el llamado Plan Nacional sobre Drogas, donde se establecen bases de actuación sistemática y coherente ante la drogodependencia. La consecuencia fue una avalancha de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, pero sin ninguna cohesión, dando lugar por tanto a la creación de diferentes entidades privadas que fueron las que tomaron las riendas de la situación. Esto provocó un conflicto entre las entidades públicas y las privadas, ya que, en numerosas ocasiones no existía comunicación entre ambas y las actuaciones pertinentes se escapaban de las manos de la Administración (DGA, 1986).

Ahora es muy frecuente oír hablar de drogas y de consumo, siendo un tema que ha provocado la preocupación de la población y que ha llevado a la movilización contra el consumo y tráfico de estas, buscando actuaciones colectivas y en muchos casos de la propia Administración.

También se ha de tomar en consideración, que dicha preocupación no viene dada solamente por lo que está considerado como drogas ilegales, sino también por las drogas legales como el Alcohol o el Tabaco, que han tenido menos atención en nuestra comunidad, pero que cabe destacar que son aquellas drogas que han venido produciendo mayores tasas de morbilidad en cuanto a problemas sanitarios y sociales. Sigue de esta manera porque en nuestra sociedad se aceptan e incorporan estas drogas, vistas como "nocivas", hasta que se convierten en un "problema", cuando su uso se sale de la norma o ataca instancias del mismo sistema social. Así, comprobamos que para la comunidad las drogas se pueden definir como un problema según las consecuencias que provocan, pero en general, es un problema el uso de la droga en sí. Un ejemplo es el consumo de cannabis, una droga rechazada en el momento de irrupción en la sociedad y que poco a poco ha ido entrando en la comunidad y extendiéndose su uso. El hecho de que las drogas se conviertan en un problema se da, cuando irrumpen sobre los valores que se consideran básicos por la sociedad (DGA, 1986).

Esto quiere decir que existe (sobre todo entre los adolescentes) una relación droga-valores. Cuando nos referimos a valores nos referimos a lo que, social o individualmente, se marca como correcto o incorrecto, bueno y malo, prohibido y admitido, aceptable o inaceptable; todos ellos son aplicados de manera individual y llevados a lo colectivo como la suma de los anteriores. No se debe olvidar que nos comportamos respecto a unas normas pautadas por la sociedad, y que está pretendrá que actuemos respondiendo a dicha norma, ya que son compartidos por la sociedad, o al menos de manera parcial (FAD, 2006).

Normalmente también existe una relación directa entre valores y normas, así como entre este y las conductas o comportamientos siguientes.

Existe un estudio publicado en Valores Sociales y Drogas, de la Fundación Ayuda contra la drogadicción, en el que se conocen diferentes valores que están asociados con el consumo. Son denominados como "valores de riesgo". En dichos valores se encontrarán, la competitividad, la experimentación, el inmediatismo, la enfatización, la integración en un grupo, la aceptación, el conocimiento, la aventura etc. Y, por el contrario,

se encontrarán valores en contraposición al consumo como el humanismo, el conservadurismo, el igualitarismo, los valores éticos etc. (FAD, 2006)

Como bien hemos comentado con anterioridad, el tabaco y el alcohol, son las drogas más normalizadas en la población y socialmente aceptadas porque son de uso legal, su consumo se extiende rápidamente y desde edades cada vez más tempranas. Sin embargo, el consumidor de otras sustancias como por ejemplo heroína o cocaína, despierta mayor rechazo, sobre todo cuando se identifica con el estereotipo de "yonki", ya que es algo que se sale fuera de la norma y de lo socialmente correcto, es un prototipo de "no valor", es decir, en el lenguaje de la droga es lo que se denomina un toxicómano consumidor de drogas "duras", en especial la heroína. Por ello tenemos que aprender a diferenciar lo que se conoce como "yonki" o lo que se conoce como consumidor de fin de semana. Este último se asocia con los jóvenes y ya no solo con los valores de riesgo, sino también con los denominados valores de jóvenes (FAD, 2006).

Se debe saber que, en España, existen muchos tipos de valores, y bastante complejos, además de contradictorios en ocasiones. Lo mismo sucede con los valores aplicados al consumidor de drogas, salvo cuando se impone el estereotipo de "yonki" (FAD, 2006).

Estos consumidores de fin de semana aparecen como un referente de una determinada moral social y, en cualquier caso, como un producto natural y normalizado dentro de la jerarquía de valores de la sociedad (FAD, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud (1986), el consumo de alcohol o drogas es la autoadministración de una sustancia psicoactiva. Esto supone un enfrentamiento con las normas y leyes sociales, que pueden incluirse en un marco de actividades desviadas y constituyen un síndrome que se podría agrupar dentro de la conducta problemática en la adolescencia.

Cabe destacar que muchos adolescentes en edad escolar comienzan a fumar, beber o usar otros tipos de drogas debido a diferentes razones o influencias sociales, ya que son bastante importantes en esa etapa.

A lo largo del desarrollo del individuo en etapa, este puede sufrir cambios de gran intensidad y repercusión en su futuro, por lo que este periodo supone una época de riesgo para la experimentación o incluso el abuso de sustancias que en un futuro pueden desencadenar una adicción.

"En la vida diaria de los jóvenes, existen numerosas situaciones, en las que es muy probable que tengan que enfrentarse a problemas que no pueden evitar, ni modificar y en los que tendrán que poner en marcha acciones para impedir que tales situaciones, les afecten negativamente o lo hagan en la menor medida posible (del Barrio Gándara, 2003). Estas exigencias psicosociales derivadas del proceso evolutivo de los adolescentes pueden repercutir en su bienestar, su desarrollo psicológico, el desarrollo de las capacidades para relacionarse, la dinámica familiar, el rendimiento escolar, su autoestima, la confianza en sí mismo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (González Barrón y otros, 2002). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante "(Plancherel y Bolognini, 1995).

Hoy sabemos que el abuso y la dependencia de las drogas no son de causa única, sino que son el resultado de la exposición a un conjunto de factores de naturaleza individual, psicosocial y ambiental, que modulan el desarrollo que puede tener una persona ante un problema relacionado con las drogas.

Según varias investigaciones en el campo de las drogodependencias (Díaz-Aguado 1997; González Menéndez y otros, 2003; Becoña, 2002; Luengo, 2003; Navarro, 2003; Díaz-Aguado Dir., 2004; Laespada y col, 2004; Hermida-Secada, 2008;), a estos factores de carácter individual y social que llevan a una persona a consumir drogas o no, se denominan factores de riesgo o factores de protección.

Los factores de riesgo según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2006) son, aquellas circunstancias que resultan facilitadoras o con predisposición para el inicio del consumo de drogas, mientras que los factores de protección son aquellas variables que contribuyen a limitar o modular el uso de dichas sustancias.

Toda la población está expuesta tanto factores de riesgo como de protección, pero puede variar la intensidad de uno y de otro según la edad y biografía del individuo (FAD, 2006).

Según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2006), el estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores.

Normalmente las investigaciones sobre dichos factores se han realizado en EEUU, pero son fácilmente aplicables a la población española. Así, estudios realizados por la asociación de la Promoción y Desarrollo Social, constan que tiene mucha importancia también, algunas variables familiares que la literatura científica internacional asocia con el desarrollo de drogas en la adolescencia.

Martín (2009) explica que los factores de riesgo dependen de las características personales y las circunstancias ambientales, y que según esto, puede crecer la probabilidad de que una persona llegue a consumir una o varias sustancias como hecho exclusivo o de manera repetida.

Aunque no se sabe cuáles son los más importantes, existen los factores individuales y los factores relacionados con el contexto social. Dentro de los individuales, influyen factores biológicos, como son el sexo, la edad, las enfermedades crónicas etc. Y también la personalidad, autoestima y conducta de cada uno. Es decir, una persona que tenga una autoestima y asertividad inadecuada, que lo tenga un control, que sea inconforme, tenga necesidad de buscar nuevas sensaciones, no sepa llevar la frustración, haga un mal empleo de su tiempo, no tenga suficientes habilidades sociales, tenga expectativas positivas acerca de las drogas, o no sepa llevar el estrés, tendrá una mayor posibilidad de consumir. Respecto a los factores relacionados con el contexto social influye la familia, la escuela, el grupo de iguales y la actividad laboral, dentro de este se encuentran factores micro y macrosociales.

Martin (2009) afirma que las primeras tomas de contacto se producen en la adolescencia y juventud, pero que descienden en la etapa adulta.

En la actualidad, cabe destacar que, el alcohol junto con el tabaco, son las drogas más consumidas en adolescentes y jóvenes, llevadas a cabo habitualmente a través de la práctica del botellón, pudiendo derivar dicha práctica habitual en problemas mayores tanto con el alcohol como con otras drogas (DGA, 1986).

“Estos fenómenos puede definirse como una reunión de jóvenes en espacios públicos (en calles, plazas, parques) en los que charlan, escuchar música y, fundamentalmente, consumen bebidas alcohólicas que, previamente, han comprado en supermercados, tiendas o grandes almacenes” (Gómez-Fraguela, Fernández, Romero & Luengo, 2008)

Una de las causas del incremento de los adolescentes al botellón puede venir de la presión del grupo de amigos y por la fácil accesibilidad a esta y otras sustancias que se destacan en la actualidad.

España, Francia, Italia o Portugal son países en los que predomina lo que algunos autores han definido como “la cultura del vino” (Gómez-Fraguela, Fernández, Romero & Luengo, 2008).

Según Castellana, M. y Lladó, M., 1999, hasta la actualidad se han puesto en marcha un gran número de programas de prevención de drogas, algunos de ellos los nombraremos posteriormente. Aunque en los autores se diferencian en la forma y metodología, el objetivo es común y han ayudado a dar visibilidad de la necesidad de promover y potenciar la Educación por la Salud desde la prevención primaria.

Según Castellana, M. y Lladó, M., 1999, una de las causas por las que se empieza a consumir en estas edades es la curiosidad, el entorno cercano, también por conocer y experimentar los sentimientos propios de cada persona etc. Cabe destacar que el modelo de consumir las drogas y la manera depende del modelo de sociedad en el que se vive.

Tomando de base algunas encuestas y el día a día en la actualidad, resaltamos como drogas más importantes en la adolescencia y juventud el alcohol, tabaco y el cannabis.

Podemos distinguir varios tipos de consumo; por ejemplo, el consumo abusivo, controlado, excesivo, experimental, problemático de riesgo, de alcohol como evasión etc.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2018), el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas, ya que son legales. En la edad media se inicia el consumo a los 16 años.

Entre 34 y 64 años un 76,2% de personas los han consumido, en cambio un 65,4% reconoce haberlas consumido con una edad de hasta 34 años (INE, 2018).

Centrándonos en el consumo de alcohol, el uso repetitivo produce tolerancia al adaptarse el organismo a esta sustancia. Las consecuencias varían según el sexo, la edad, el peso, el nivel de consumo, etc. Muchos alcohólicos presentan la denominada “tolerancia negativa”, la cual es el consumo suficiente de una pequeña cantidad de etanol para que queden completamente ebrios.

Respecto al tabaco, la nicotina es una de las sustancias con mayor poder adictivo, es similar a la heroína o la cocaína, por esto pocas personas puedan controlar su consumo.

El cannabis, cabe destacar que es la tercera sustancia ilegal que se empieza a consumir de manera más temprana.

Según la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), Entre 15 y 34 años un 38% de jóvenes reconocen haber consumido esta sustancia, pero entre 34 y 64 años sólo un 27% de personas. En 2017 se vio un descenso con respecto a las personas consumidoras de esta sustancia. El 13,8% de la población entre 14 y 18 años han consumido cannabis durante el último año. Estos datos muestran la

baja percepción de riesgo que tienen los jóvenes del consumo de cannabis, a pesar de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Esta sustancia se considera, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva más disponible.

Respecto a la heroína, en España se encuentra la “heroína marrón” apta para fumarla o la “heroína blanca” para la inyección intravenosa. Según ESTUDES, el uso continuado de la sustancia puede producir alteraciones de la personalidad; trastornos de la memoria, de ansiedad y depresión y una tremenda dependencia que hace que toda la vida del consumidor gire en torno a la sustancia.

En cuanto a la cocaína, según los datos estadísticos en 2015 de ESTUDES el consumo de dicha sustancia se da a los 20,8 años; el éxtasis se da a los 20,7 años; los alucinógenos, se da a los 20,3 años; y finalmente, los hipnosedantes son sustancias psicoactivas que se inician a consumir a edades más avanzadas, es decir, a partir de los 35,6 años.

En Aragón las sustancias más consumidas según los estudios de la Diputación General de Aragón del Departamento de Sanidad y Bienestar Social (1986) son:

1. Tabaco: que ha aumentado el consumo progresivamente durante los años, fumando más de la mitad de la población masculina y un tercio de la femenina. Conforme aumenta la edad de la población, aumenta el consumo. Podemos comprobar que las campañas antitabaco, no tienen por tanto, la eficacia que deberían para no iniciar el consumo, pero bien es cierto que más adelante te ayudan a dejarlo. Los mayores porcentajes que apreciamos en fumadores son en parados. Aunque el tabaco en la mayoría de las ocasiones se consume de manera unitaria, también se puede apreciar según diferentes investigaciones que se alterna con otras drogas como alcohol o cannabis.
2. Alcohol: se puede apreciar el aumento del consumo, sobre todo entre jóvenes y en momentos festivos. Se podría decir, que aparecen los consumidores de fin de semana, más en hombres que en mujeres, es una moda que se ha disparado. La capital Zaragoza es la menos consumidora, siguiendo Huesca y como mayor consumidora de alcohol Teruel. Normalmente esta sustancia se consume con otra droga expuesta anteriormente, el tabaco, y en ocasiones con cannabis y cocaína.
3. Cannabis: fue una droga al inicio rechazada y que progresivamente ha tenido una aceptación y un mayor consumo. En 1991 es cuando el consumo se empieza a considerar medio, y desde ese momento se ha ido elevando. Es una droga usada en general, por estudiantes, personas con cierto nivel cultural, y parados. En numerosas ocasiones se complementa con otras drogas como la cocaína, el alcohol y el tabaco.
4. Anfetaminas: las cifras de consumo son bajas respecto a este tipo de droga, no obstante, se ha doblado el consumo en el intervalo de no mucho tiempo, pero aun así siguen siendo cifras poco notorias. Es la droga que menos tiene que ver con la situación ocupacional y que menos se distingue entre hombres y mujeres.
5. Cocaína: las cifras porcentuales son muy altas, lo grave de todo esto es que va aumentando con los años. Es una droga “joven”, consumida en muchos casos como el alcohol, fines de semana y festivos, y más usada por hombres tanto con estudios como parados. En muchas ocasiones se consume con otras drogas como tabaco, alcohol, cannabis y alucinógenos.
6. Heroína: su consumo ha disminuido en Aragón, es lo que denominamos una droga rechazada socialmente. Aparece como mayor consumidor el perfil de hombre, joven y sin estudios.

7. Hipnóticos: El consumo es muy bajo, inferior al nacional. Su consumo es mayor en las mujeres y va aumentando con la edad. Se suele compaginar con otras drogas como tranquilizantes, analgésicos comunes y tabaco.
8. Alucinógenos: también tiene un consumo bajo, aunque ha incrementado desde 1986. Las cifras se asemejan a las del resto de España, y es consumida por un perfil de hombre, muy joven y parado.

Haciendo un resumen de lo anterior, podemos comprobar como hay una diferencia según el sexo importante. Los hombres, son consumidores predominantes en alcohol, tabaco, cocaína, cannabis, heroína, y alucinógenos. Mientras las mujeres, son consumidoras predominantes de tranquilizantes e hipnóticos (Álvarez. G, 2017).

Diferenciando las drogas legales e ilegales, podemos observar que las legales, como el tabaco y el alcohol están más extendidas entre las mujeres; y las ilegales, como el cannabis, cocaína, heroína... entre los hombres (Álvarez. G, 2017).

Los hipnóticos y tranquilizantes son el único consumo de drogas en el que las mujeres con un 67% es mayor que en hombres con un 33 %. A esto se le denomina un consumo oculto ligado al desconocimiento y a la consideración de lo normal (Álvarez. G, 2017).

En cuanto al perfil de la mujer consumidora, es una mujer mayor de 35 años, casada o viuda, con bajo nivel educativo, ama de casa pero también paradas y profesionales. La mujer profesional tiene independencia económica, baja autoestima, problemas de identidad e inseguridades, es otro perfil de la potencial adicta a ansiolíticos (Álvarez. G, 2017).

Las drogas legales más conocidas son el Valium, Orfidal, Lexatin... y en la mayoría de los casos están acompañadas de preinscripción médica según el Manual de Adicciones de la Sociedad Española de Estudios sobre Alcohol, Alcoholismo y otras Toxicomanías: "hasta un 5% de las consultas realizadas por los médicos de familia tienen probabilidad de acabar con una preinscripción de hipnosedantes" (Álvarez. G, 2017).

Respecto a la causa de que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, la diferencia se encuentra en que la adicción de la mujer se relaciona con fenómenos sociopolíticos y con la estructura particular del sujeto, la familia y las redes sociales. Además las molestias ligadas a los cambios hormonales y la sobrecarga física y psíquica de los roles múltiples ante el trabajo productivo y el reproductivo junto con el bajo componente estigmatizante que presentan estos consumos (Álvarez. G, 2017).

Según Álvarez, G (2017), la problemática de la mujer como sujeto se inscribe en unas coordenadas históricas-sociales. La sociedad patriarcal establece una división del trabajo entre hombre y mujer con una relación de asimetría y dependencia que se articula con la construcción de las categorías y símbolos que definen los roles que deben ocupar hombres y mujeres.

Según Álvarez, G (2017), nuestra sociedad ha vivido en el siglo XX cambios importantes respecto al rol femenino. En la actualidad la mujer tiene más oportunidades educativas y profesionales, pero hay diferencias en numerosos indicadores socioeconómicos, como los ingresos, la educación y el empleo. Su incorporación a la sociedad produce aspectos negativos como las adicciones, especialmente con los hipnosedantes.

Una de las causas por las que se debe este consumo es la inexistencia de campañas de sensibilización, como ocurre con otro tipo de drogas: alcohol, tabaco, etc. Además a la mujer se le atribuye, dentro del contexto social, una imagen de una actitud fuerte, maternal, cuidadora... Cuando una mujer realiza un acto transgresor, como es el consumo de drogas, recae sobre ella y sobre las expectativas del rol asignado (Álvarez. G, 2017).

También cabe destacar que las drogas con un inicio más joven y consumido mayoritariamente en la adolescencia son el alcohol, el cannabis, los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y el tabaco.

Existe una preocupación real en la población adulta sobre los nuevos modos de diversión de los jóvenes, pero al mismo tiempo se usa el discurso de “todos hemos sido jóvenes”, “si no es ahora entonces cuándo” etc., muchas veces intentando justificar dicho consumo injustificable para la “no exclusión de su hijo en las costumbres de hoy” o “no hacer de él un rarito”. Por ello, el rápido acomodo de las políticas de reducción de daño en los consumos y modos de diversión nocturnos en la sociedad española, en la cual se busca un camino mediante la puesta en marcha de los llamados planes alternativos, que aunque a veces a corto plazo, muestran innumerables ventajas (FAD, 2006).

Salvo la heroína, que es cierto que se consume en grupos sociales muy determinados, parece ser que las drogas son cada vez más extensas y precozmente consumidas. Actuando e interviniendo en factores y elementos de carácter social y dimensiones colectivas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría, la comunidad científica internacional, destaca tres conductas diferentes de consumo, las cuales son las siguientes:

El primer lugar el uso, es el fundamento de que existe una conducta regular o no de consumo de dichas sustancias que no implicaría daños. No se considera como relevante en la problemática patológica que necesita tratamiento mientras que el uso nocivo y la dependencia sí que son relevantes.

En segundo lugar, nos centramos únicamente en el uso nocivo, el consumo de sustancias susceptible que pueden introducir daños en dominios somáticos, psicoafectivos o sociales, ya sea para el sujeto, para su medio ambiente próximo o lejano, para la sociedad pero no hace referencia al carácter lícito o ilícito del producto.

En tercer lugar, se destaca la dependencia, la cual es un estado donde el individuo necesita varias dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal, produce una dependencia física y psíquica.

Además tenemos que mencionar el término sobredosis, el cual es un cuadro de intoxicación aguda producido por una dosis superior a la tolerada habitualmente, que provoca efectos imprevisibles en el comportamiento o afecta gravemente al organismo.

El término consumir como ya hemos destacado anteriormente, es el uso de comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos y para sentirse mejor que algunas veces produce dependencia y alterar al organismo.

En cambio probar según la Real Academia de la lengua española (RAE), es saborear una pequeña cantidad de dicha sustancia para conocer su sabor, la cual no consumen habitualmente.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas, ya que son legales. La edad media a la que se inicia el consumo es a los 16 años.

Centrándonos en el consumo de alcohol, el uso repetitivo produce tolerancia al adaptarse el organismo a esta sustancia. Las consecuencias varían según el sexo, la edad, el peso, el nivel de consumo, etc. Muchos alcohólicos presentan la denominada “tolerancia negativa”, la cual es el consumo suficiente de una peque

El consumo a estas sustancias produce una adicción masiva. Según el INE, la adicción a la droga es una enfermedad crónica y recidivante que se caracteriza por la pérdida del control sobre el uso de una sustancia, pasando a ocupar un lugar preferencial en la vida del individuo. Además, alteran los mecanismos de regulación de la conducta, en especial al control motivacional y emocional.

Estos cambios pueden ser a largo plazo y pueden conllevar a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.

Cabe destacar que la adicción varía de persona a persona y no hay un solo factor que determine si una persona se volverá adicta a las drogas.

Normalmente, cuanto más factor de riesgo tenga una persona, mayor probabilidad de que dicho consumo se convierta en abuso y adicción.

Por otra parte, los factores de protección reducen el riesgo de la persona a desarrollar una adicción.

Existe también lo que denominamos adicciones comportamentales que, según Cascardo, E. (2012), son trastornos que se encuentran entre las adicciones y el trastorno obsesivo compulsivo, además están vinculados a actividades humanas diversas y que no están relacionadas con la toma de sustancias químicas.

La persona adicta pierde el control sobre la actividad elegida, pero continúa haciéndola a pesar de las consecuencias adversas que conlleva.

Las principales adicciones comportamentales son las siguientes: el juego patológico (ludopatía), los compradores compulsivos (oniomanía), la adicción a internet y otros, y la adicción al trabajo (workaholic).

Para Cascardo, E. (2012), existen varias diferencias entre las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales; cuando hablamos de sustancias químicas es muy común encontrarnos casos de personas politoxicómanas, es decir, personas adictas a varias sustancias. En cambio, cuando hablamos de adicciones comportamentales vemos que existe un porcentaje menor de pacientes con varias dependencias no tóxicas. Algo en común entre ambas es la existencia de una combinación entre una adicción tóxica con otra no tóxica; por ejemplo, adicción al juego y al alcohol.

Según López, M. (2015), otra de las diferencias es la manifestación del síndrome de abstinencia; cabe destacar que en las drogodependencias este síndrome puede “aplacarse” a partir del consumo. Por ejemplo, el adicto al juego puede continuar con ansiedad ilimitada por su adicción pese a jugar durante horas.

No siempre encontramos los mismos factores de riesgo a la hora de detectar estas adicciones. Hay varios tipos de elementos para que se de dicha adicción; en concreto tres: en primer lugar tenemos los factores de riesgo individuales que son propios de la persona; los factores de riesgo personales que son influenciables desde el entorno inmediato; y por último, la influencia de los micro-grupos y del contexto macro-social. Esto es, para que los sujetos se integren en un grupo, tienen que adquirir los valores, estereotipos y mitos sociales del mismo, que les lleva a una adicción. Al igual sucede con la sociedad, los individuos siguen las pautas marcadas por la propia sociedad con el fin de ser aceptado, dando lugar a una adicción (DGA, 1986).

Estas adicciones comparten patrón con las adicciones a las sustancias, es decir, cada vez se necesita una mayor repetición de la ingesta para llegar a la satisfacción buscada.

Los efectos más frecuentes son la dependencia, el síndrome de abstinencia y la tolerancia. A pesar de las diferencias entre sí, tienen síntomas en común que requieren ayuda cuando se presentan, como por ejemplo, la pérdida de control, la relación dependencia, la tolerancia, y la ocultación.

No existe un tratamiento único, porque cada una de ellas tiene características específicas que se deben de tener en cuenta.

El objetivo terapéutico en las adicciones sin drogas es el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada.

Existen factores que reducen la posibilidad de padecer una adicción, estos factores se denominan los factores de protección. Algunos de ellos son los factores individuales como la assertividad, la alta autoestima, las habilidades sociales, y la capacidad de toma de decisiones y valores; y los factores de contexto social, en la familia, en la escuela y en el medio laboral (DGA, 1986).

3.1.3 DROGAS, DEPORTE, Y PUBLICIDAD

Actualmente, el ocio se considera como sinónimo de tiempo libre. Esto quiere decir que en él se desarrollan actividades que están dedicadas a uno mismo, en el que puedes reposar de normas sociales que regulan la diversión, y no al negocio o productividad.

En un contexto de ocio juvenil, la fiesta toma un partido predominante, que tiende además a ser, el principal momento de consumo de drogas, es decir, hablar de fiesta implica hablar de consumo en la mayoría de ocasiones.

“El consumo, por otro lado, también es una manera de disfrutar de placeres y deseos, si se entiende en relación a todo aquello que adquirimos con el fin de obtener goce en nuestra vida cotidiana. En muchos casos, además, un tipo de consumo, u otro, deriva en una manera de vivir y de configurar una personalidad y una identidad colectiva. El consumo de drogas, en este sentido, no se diferencia tanto del resto de formas de consumo. Las sustancias psicoactivas constituyen una parte más del conjunto de objetos consumibles de nuestra sociedad. Se establece un vínculo entre los espacios festivos y el consumo de sustancias psicoactivas” (Faura, 2007).

Se sabe que el consumo de drogas es un comportamiento arriesgado, ya que puede provocar consecuencias negativas en uno mismo, como daños físicos problemas psicosociales o adicciones. Sin embargo, la mayoría de la población consumidora lo sabe (Faura, 2007).

Existe, una incertidumbre inherente relacionada con los efectos del consumo, pero en cualquier caso, el conjunto de significados que rodean los conceptos de riesgo, de consumo y de diversión se construye colectivamente, no solo por el hecho de tratarse de actividades que suelen realizarse en grupo, sino también porque en sí mismas sustentan la comunió n del grupo de iguales (Faura, 2007). "Dicho de otro modo, la relación que se establece entre la sustancia, el consumo y el espacio de fiesta no se fundamenta en una práctica individual, sino en una práctica social, contextual y colectiva, en la que el grupo de iguales juega un papel determinante (Carter, Bennets y Carter, 2003)" (Faura, 2007).

Dicho esto, diversión, consumo y riego van de la mano, y para actuar de manera preventiva se ha de orientar la actuación hacia la comprensión global de todo lo que supone el ocio nocturno entre iguales, y no a la individualidad del individuo.

Cuando hablamos de deportes de invierno y en concreto del esquí, lo relacionamos con diversión, aventura y riesgo. En la actualidad, se puede presenciar que se ha convertido en un deporte muy atrayente para los jóvenes, ya que no solo ofrece el disfrute diurno, sino también el divertimento nocturno, algo que parece fundamental para este sector en los tiempos que corren.

Existe una moda cada vez mayor de crear bares de altura que abran después de la jornada de esquí, convirtiéndolos en fiestas o discotecas nocturnas. Esto está provocando que exista un mayor consumo de alcohol y otras sustancias en las estaciones, que a su vez nos lleva a que se estén multiplicando los accidentes en pista y en las carreteras cercanas, algo que está dando muchas alarmas.

Según se aprecia en una noticia publicada en "Nevasport", Europ Assistance ha realizado un estudio en el que se revela que una cuarta parte de los esquiadores entre 15 a 24 años tienen tasas de alcohol elevadas mientras esquían. Muchos de los esquiadores entrevistados reconocen haber consumido alcohol antes de ponerse los esquíes o las tablas, siendo esta situación muy peligrosa por consecuencias derivadas de dicho consumo, reduciéndose el campo de visión, disminuyendo la capacidad de reacción, una coordinación del movimiento alterado y dificultando calcular con precisión la velocidad y las distancias, siendo no solo un peligro para ti mismo, sino también para los demás.

Existen informes publicados por los servicios de rescate franceses que operan en estaciones de esquí, que destacan los anteriores factores como los principales causantes de riesgo de accidentes.

El responsable de dicho estudio afirma que "esta situación no es de extrañar, ya que los jóvenes son los más fáciles de guiar hacia estos bares en altura, o discotecas que antes de la comida sirven bebidas alcohólicas. Para ellos estos son días de fiesta, y fiesta va asociada a alcohol, ya sea en la ciudad como en la montaña. Por supuesto se detectan menos casos entre los padres que van con sus hijos. De su responsabilidad depende la seguridad de su familia. Aunque también se ha detectado algún descerebrado con su prole y alcohol en sangre elevado".

Se ha de tener en cuenta que las tasas de consumo varían durante la semana y los fines de semana, siendo estos últimos lo causantes de más problemas. A ello se le denomina como lo explicado con anterioridad,

consumidores de fines de semana, que buscan la diversión momentánea y que no tienen en cuenta las consecuencias y secuelas que esto les puede conllevar con el paso del tiempo.

Estas construcciones en España se han ido realizando durante los últimos años, que viene dadas de la mano de la crisis, en la que las estaciones de esquí necesitan sacar más beneficios y en una época en la que la diversión nocturna en los jóvenes es cada vez más necesaria. Se puede comprobar en el caso de la estación de esquí Formigal con su fiesta pre-ski "Marchica", Candanchú con su fiesta pre-ski "Gin Loe", y en determinadas ocasiones Astún con fiestas en los diferentes locales a pie de pista. En estas últimas, se hacen promociones en las que yo misma he trabajado como azafata de eventos, en las que por las diferentes consumiciones de alcohol, se entrega una tarjeta donde pones tu nombre con tu teléfono la metes a una urna y al final de la fiesta se reparten regalos sorteados por una mano inocente, en el que se llegan a regalar esquís, tablas de snow, pases de día para pistas, gafas de sol etc. Son las propias estaciones las que contratan a las azafatas para realizar eventos de este tipo, promulgando así diversas conductas inapropiadas a la hora de realizar deporte, o mal enfocadas.

En el último año las diferentes estaciones de esquí han llevado a cabo diversos eventos para la promoción de diferentes marcas de alcohol como Fireball, Moet, Gin Loe, Vodka Loe, Monster, etc., con precios mucho más económicos en sus copas, descuentos por consumición y contando con sorteos como bien acabamos de mencionar más arriba.

Aparte de todas estas promociones y de las diferentes consumiciones que se realizan, se da la existencia de diferentes patrocinadores, como es el ejemplo de San Miguel en Formigal, donde se encuentra escrito en los uniformes de profesores en pista; o Ámbar en Candanchú. Ambar, realiza desde hace unos cuatro años una promoción en la que consiguiendo alrededor de 20 etiquetas consigues un 2x1 en forfaits de día, incitando de manera indirecta al consumo de drogas en pistas.

Personas de todo Aragón suben a las pistas de esquí solo por el divertimento nocturno, por lo que se incrementa el consumo de sustancias, que en la montaña tienen efectos todavía más negativos por el frío, la altitud y la fatiga, conllevando una serie de consecuencias como los accidentes de tráfico, intervenciones sanitarias, relaciones sexuales de riesgo, etc. Desde el año pasado se han tenido que colocar tornos de entrada a las puertas de las pistas de esquí en Formigal y cobrar la entrada si no has esquiado durante el día y tienes el forfait, debido a la cantidad de gente que iba para participar en su fiesta pre-ski nocturna.

Existen pocos estudios publicados sobre el alcohol y las drogas en las estaciones de esquí; sin embargo, en 2013, el asunto ya ocupaba varios titulares en la prensa francesa. Según el Diario Le Parisien, "el alcohol es responsable de uno de cada cinco accidentes de esquí".

Algunas soluciones:

- En Méribel-Mottaret se venden alcoholímetros en 20 tiendas, y siete patrulleros se pasean por las pistas para sensibilizar e imponer las reglas de comportamiento a los esquiadores y snowboarders.
- Las acciones de sensibilización se están desarrollando también en las estaciones de esquí. Se debe concienciar a la gente de tan grande problema para que las fiestas no se conviertan en drama, pero sin represión.

- En otras estaciones se plantean incluso confiscar el material, igual que se le hace a los conductores con su vehículo cuando se les detecta un alto nivel de alcohol en sangre.
- Limitan el consumo, e incluso a castigar el abuso.
- Controles de alcoholemia en pista, que pueden acabar en multa.

Además de estas fiestas de alta montaña, existen algunos festivales en las diferentes comarcas como el Pirineo Sur, Pirineo Split borad, Pirineo Classic, Pirineo Split Fest y conciertos.

3.1.4. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS PISTAS DE ESQUI ARAGONESAS

Con la ayuda de La Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón, se realizó un cuestionario que serviría para conocer datos existentes sobre la situación de consumo en las pistas de esquí pirenaicas, ya que hasta el momento poco se conocía en esta materia, y más adelante realizar en dicha zona un modelo de prevención en el consumo de drogas y conseguir fomentar hábitos saludables entre la población juvenil más vulnerable.

Para ello, lo primero que se realizó fue un estudio cualitativo de la situación actual y seguidamente una valoración de los consumos de sustancias psicoactivas en los entornos más próximos a las estaciones de esquí. El estudio, está basado en la realización de una encuesta a los trabajadores de las pistas de esquí, y al personal sociosanitario, de servicios sociales, centros educativos y centros sanitarios de las comarcas del Alto Gallego, Sobrarbe, Jacetania, y Ribagorza. En el cuestionario, se recogen preguntas generales y específicas, y fueron contestadas entre 2018 y 2019.

Se pudo observar que todos aquellos que contestaron el cuestionario eran predominantemente hombres jóvenes, la media de edad se encuentra en un 38,3 años.

Distribución por grupo de edad		
	Frecuencia	Porcentaje
20-30 años	16	24,6
31-40 años	10	15,4
41-50 años	7	10,8
51-60 años	8	12,3
No contesta	24	36,9
Total	65	100

Se puede encontrar el cuestionario completo que realizamos en los anexos, pero haciendo un resumen, estas son las preguntas contestadas que tuvieron más relevancia en la consecución de una idea general sobre el consumo en las pistas de esquí pirenaicas:

- ¿Cuál es la sustancia que crees que se consume con mayor frecuencia en el entorno en el que trabajas?
- El orden por lo tanto de las sustancias que se creen consumidas con mayor frecuencia son el cannabis con un alto porcentaje 24,4%, seguido de alcohol con un 12,7% y tabaco con un 4,2%. Y

resulta de la misma manera cuando se pregunta por varias drogas en conjunto, podemos observar como aumentan los porcentajes.

Tabla 1. Distribución sustancia consumida

	Frecuencia	Porcentaje
cannabis	52	24,4
cannabis y otras drogas	32	15,0
alcohol	27	12,7
alcohol y otras drogas	39	18,3
tabaco	9	4,2
tabaco y otras drogas	7	3,3
cocaína	4	1,9
no sabe / no contesta	34	16,0
otras drogas	9	4,2
Total respuestas	213	100

- ¿Crees que en estos últimos cinco años, en el entorno en el que trabajas, ha cambiado el consumo de sustancias?

Un 39,9% de los encuestados creen que ha crecido el número de personas consumidoras en los últimos cinco años, un 35,7% piensa que sigue del mismo modo, y un 24,4% no sabe, o no quiere contestar porque lleva poco tiempo en la zona.

Tabla 2. ¿Crees que el consumo de sustancias ha cambiado en los últimos 5 años?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	85	39,9
No	76	35,7
No sabe/no contesta	52	24,4
Total	213	100,0

- ¿Piensas que es fácil encontrar u obtener drogas en el entorno en el que trabajas?

El 43,2% de los encuestados piensa que es muy fácil o bastante fácil conseguir drogas cuando se quiera en el entorno en el que trabaja, y tan solo un 11,7% piensa que es difícil o muy difícil hacerlo.

Tabla 4. Percepción de disponibilidad de drogas

	Frecuencia	Porcentaje
Muy fácil	29	13,6
Bastante fácil	63	29,6
Difícil	19	8,9
Muy difícil	6	2,8
No sabe / no contesta	96	45,1
	213	100

- En tu actividad diaria, ¿has interactuado con alguna persona que tenga problemas con el consumo de drogas o tráfico de estas?

Aunque no es una pregunta objetiva porque no hace referencia a la persona misma, es interesante conocer lo que piensan acerca de este tema. Un 55,9% dice no conocer a personas con este problema de consumo u tráfico de sustancias, sin embargo, un 23,9% afirma tener alguien cercano o conocido que sí.

De las personas que contestaron afirmativamente, el cannabis supone un 35,3%, sumado con otras drogas un 45,1%, seguido del alcohol con un 21,6% que sumado a otras drogas sería de un 35,3%.

Tabla 5a. ¿Has interactuado con personas con problemas drogas?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	51	23,9
No	119	55,9
Sin Respuesta	43	20,2
Total	213	100

Tabla 5b. Sustancias consumidas		
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	11	21,6
alcohol y otras drogas	7	13,7
cannabis	18	35,3
cannabis y otras drogas	5	9,8
cocaína	6	11,8
todo tipo de drogas	4	7,8
Total	51	100,0

- ¿Te parece preocupante el uso de drogas en tu entorno?

Como podemos observar, a la mayoría les preocupa poco o regular el uso de sustancias psicoactivas en su entorno, un dato a tener en cuenta a la hora de realizar la prevención. Un 38,5% de las personas encuestadas contestaron poco o regular. Muchas de estas personas especificaban su preocupación por que han sido partícipes, directa o indirectamente, de problemas con el consumo de drogas, además de la edad cada vez más temprana del consumo de estas.

Tabla 6. ¿Le preocupa el uso de drogas del entorno?		
	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	14	6,6
Bastante	39	18,3
Regular	32	15,0
Poco	50	23,5
Nada	30	14,1
No sabe / no contesta	48	22,5
Total	213	100

- ¿Crees que los problemas de consumo de drogas y sus consecuencias son diferentes dependiendo del género y la edad?
- Un 43,7% de las personas que contestaron al cuestionario piensa que no existe relación entre la edad y el género y el consumo y consecuencias de este. Tan solo un 6,6% piensa que sí que hay relación, algo que anteriormente hemos explicado.

En los comentarios obtenidos por los encuestados, se hace referencia a la preocupación por el consumo y las consecuencias que puedan conllevar en edades tempranas, se acentúa la edad como factor de riesgo importante.

Tabla 7. Diferencia de uso de drogas por edad y género

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	25,8
No	93	43,7
La edad sí, el género no	14	6,6
No sabe/ no contesta	51	23,9
Total	213	100,0

- ¿Cómo crees que se puede abordar el problema para tener en cuenta estas diferencias sobre género?

Los problemas sobre consumos deben ser abordados desde la perspectiva del género, no hacen referencia a medidas específicas si no a intervenciones relacionadas con educación, la formación, y la intervención, como se puede apreciar en la tabla. Tan solo un 25,8% contestó algo en esta pregunta.

Tabla 8. Cómo abordar las adicciones según edad y género

	Frecuencia	Porcentaje
Educación / formación/ información	34	61,8
Con leyes más estrictas	4	7,3
Legalizando algunas sustancias	4	7,3
Atención según las circunstancias	9	16,4
Otras	4	7,3
Total	55	100,0

- ¿Piensas que el problema afecta especialmente a un grupo de edades determinadas?

Como podemos comprobar el grupo que más porcentaje obtiene, como edad clave en el consumo de sustancias, es el grupo de 20 a 30 años con un 14,6%.

Un 77% de los encuestados opina que no solo afecta a un grupo determinado.

Algunas de las explicaciones que se recogen en el cuestionario por parte de los encuestados respecto a la causa a la que se deben estas diferencias son; presión social, fiesta y droga como algo unido, la publicidad, el fácil acceso a las drogas, el escape de tu vida, la inseguridad, la infelicidad o la falta de concentración.

Tabla 9. Grupos de edad que más afecta el consumo

	Frecuencia	Porcentaje
de 15 a 20 años	13	6,1
de 20 a 30 años	31	14,6
de 30 a 40 años	4	1,9
Más de 40 años	1	0,5
A más de un grupo de edad	164	77,0
Total	213	100

- ¿A qué piensas que es debido?

Las respuestas fueron las siguientes:

Tabla 10. Razones por las que se consumen drogas

	Frecuencia	Porcentaje
Facilidad para conseguirlas	83	28,2
El estrés laboral	40	13,6
No hay alternativas ocio en la zona	19	6,5
No hay formación/ información suficiente	34	11,6
Es la forma de ocio habitual	38	12,9
La presión de grupo y el riesgo a ser excluido	38	12,9
Relación entre el consumo y el entorno trabajo	27	9,2
El alto poder económico de los habitantes zona	5	1,7
El tipo de ocio implantado	10	3,4
Total	294	100

- ¿Cuál de las siguientes medidas crees que ayudarían a que no se consumieran drogas en tu entorno?

En esta pregunta podemos ver disparidad de opiniones, pero las que claramente no están como opción en las medidas para evitar el consumo, la vigilancia mayor vigilancia de la policía y que las leyes se endurezcan, tan solo un 8,8% ha respondido que sí. Se cree que la información y la comunicación intergeneracional serían de buena ayuda, además de no favorecer al ocio nocturno en las estaciones, y el mayor control de la publicidad y los medios que enfocan el deporte de esquí con ese tipo de diversión.

Tabla 11. Medidas que favorecen que no se consuman drogas

	Frecuencia	Porcentaje
Que la policía vigilara más	10	4,4
Que las leyes fueran más duras	10	4,4
Que en los colegios se les informase más ampliamente	50	22,0
Que hubiera más campañas de prevención	37	16,3
Que hubiera más recursos de ocio y tiempo libre	40	17,6
Que la sociedad no fuera tan consumista	80	35,2
Total	227	100

- ¿Conoce alguna medida realizada de prevención por parte de las instituciones?

Una gran parte de los encuestados, 53,1%, conoce alguna de las medidas que ejercen las instituciones, con un 28,6%, la medida más conocida es de control de drogas de abuso, seguida de 13,6% que conocen algunas como las campañas publicitarias, la información y formación. Un 29,1% no sabe ninguna.

Cabe destacar como dato relevante que un 23% cree que estas medidas son eficaces frente a un 7,5% que cree que no lo son.

Tabla 12a. Conocimiento de medidas institucionales		
	Frec.	Porc.
Sí	12	5,6
Despistaje Test	61	28,6
Controles policiales	11	5,2
Prevención y comunicación	19	8,9
Campañas publicitarias	10	4,7
No	62	29,1
No contesta	38	17,8
Total	213	100

Tabla 12b. Eficacia de medidas institucionales		
	Frec.	Porc.
Muy eficaces	5	2,3
Bastante eficaces	44	20,7
Poco eficaces	66	31,0
Nada eficaces	16	7,5
No sabe / no contesta	82	38,5
Total	213	100,0

Las conclusiones que podemos obtener de este cuestionario son:

Por una parte hemos podido comprobar que las sustancias que más se consumen en las pistas de esquí aragonesas son el cannabis, el alcohol y el tabaco, además y respecto a esto, no consideran que en los últimos cinco años haya variado el consumo, pero sí que han podido observar que se han aumentado las adicciones comportamentales y que es un problema preocupante que necesita ser tratado de manera inmediata.

En cuanto a la facilidad de conseguir drogas en las estaciones, se mantiene el mismo patrón que existe en las encuestas estatales (Dirección general de Salud Pública, 2019).

No se encuentran diferencias en el consumo de drogas por género, pero si por edad, siendo los jóvenes los más afectados.

Como factor de riesgo importante en las estaciones de esquí, encontramos el ocio ligado al alcohol, que además incrementa el uso de otras sustancias.

Es algo positivo que más de la mitad de los encuestados conozcan alguna medida que realizan las instituciones para el control y prevención del consumo, y que una cuarta parte las vea como necesarias y útiles.

3.2 PREVENCIÓN

El inicio de la demanda del trabajo tiene que ver con la idea de recoger el consumo de drogas en las estaciones de esquí para prevenir el crecimiento de este y buscar alternativas que apacigüen dicho consumo, por lo que en este apartado nos basamos en saber en un primer lugar qué entendemos por "prevención".

Según en el Art 2 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de la prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, hace referencia a la prevención como estrategias dirigida a modificar actos personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores de consumos inadecuados de drogas. Tendrán como objetivo reducir el consumo de drogas, limitar la oferta de drogas en la sociedad y reducir las consecuencias de dicho consumo.

Existen varios tipos de prevención según la relación que el individuo o grupo tenga con las drogas. Se distinguen tres niveles (PPD, 1995):

Prevención primaria. Actúa antes de que se inicie un consumo de drogas, para impedir, retardar, o detener una situación en la que se dé dicho consumo.

Esta actuación es difícil de definir, ya que en muchas ocasiones se interviene de forma distinta, porque las drogas se encuentran alejadas del entorno y las personas sobre las que se actúa, son realidades alejadas del alumnado.

Los agentes de prevención en esta fase deben ser gente cercana al grupo o individuo con el que se quiere intervenir, es decir, familia, profesores y mediadores sociales que cuenten con la formación necesaria para realizar una buena prevención sobre el uso de drogas.

Prevención secundaria. Actúa cuando ya se ha tenido un contacto con las drogas e intenta evitar que se llegue a un mayor consumo y un mal uso de estas.

Esta fase está dirigida normalmente a jóvenes de secundaria, que ya han tenido contacto, sobre todo, con el alcohol y el tabaco. Lo que se intenta conseguir es evitar que se instauren malos hábitos de consumo y que no llegue a derivar en un problema. Por lo tanto en esta fase se incluirán actuaciones de tipo específico en referencia al uso de drogas. Como existen realidades diferentes entre los jóvenes respecto al uso y consumo de las drogas, se deberán realizar actuaciones preventivas acordes a cada grupo.

Los agentes de prevención serán personas próximas al grupo o individuo al que va dirigida la intervención, además de especialistas. En esta fase no solo se asesorará, sino que se producirá un seguimiento en el caso de existencia de consumo de drogas.

Prevención terciaria. Una vez que se instaura el uso problemático de las drogas lo que se intenta es irrumpir en él impidiendo que se agrave, buscando la disminución de las posibles secuelas producidas por el consumo.

Esta etapa más que de prevención, es de búsqueda de un tratamiento que sea adecuado a las necesidades que se plantean. Algunos ejemplos son los programas de reducción de daños, tratamiento ambulatorio, comunidad terapéutica etc.

En este nivel, los agentes que intervienen son profesionales y especialistas en problemas que tengan que ver con el consumo de sustancias, aunque también sea muy importante que los individuos o grupos implicados tengan apoyos de personas cercanas.

El consumo del tabaco, alcohol y otras drogas es uno de los problemas más importantes de salud pública. Pero se ha de decir que, el verdadero problema no son las drogas en sí mismas, sino cómo se relacionan las personas con ellas (Galbe, 2003).

Por ello, según escribe el Dr. José Galbe en Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, aparecen las estrategias preventivas que se basan de forma exclusiva en controlar y prevenir el riesgo problemático del consumo de dichas sustancias (Galbe, 2003).

El objetivo de dichas estrategias preventivas es proporcionar cambios en los aspectos del contexto del joven que se recogen como posibles factores desencadenantes del inicio al consumo o que dificultan su desarrollo personal y una correcta adaptación (Galbe, 2003).

Existen programas de prevención en los que se incide en la capacidad de resistencias, las habilidades sociales, la resolución de problemas, el aumento de la autoestima etc.; dirigidos no solo a los adolescentes que consumen o no drogas, sino también para los padres de estos adolescentes.

Algún ejemplo de los programas preventivos más conocidos de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) son los siguientes: la Campaña "Bienvenidos a El Trecho", Verde Constancia, "¿Hacemos algo?", Construye constancia, "No esperes para construir", Construye actitud, Construye, "La clave, la persona", ¿Crees que las drogas te ayudan?, Cada vez que te emborrachas te vuelves un poco más tonto etc.

Centrándonos en las competencias relacionadas, la prevención y la atención de los problemas de adicciones recaen en Departamentos y las actuaciones se regulan en normativa cuyo desarrollo está relacionado con ámbitos amplios, no solo con el Departamento de Sanidad.

Las competencias de coordinación de todas las actuaciones recaen en el Departamento de Sanidad como ya hemos nombrado anteriormente, pero más concretamente en la Dirección General de Salud Pública y los recursos necesarios para el desarrollo de intervenciones tanto como generales o específicas en otros Departamentos como el de Ciudadanía y Derechos Sociales, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales o las entidades locales (Richmond, M, 1917).

La prevención cuenta con un recurso específico que depende de las entidades locales, y ese recurso es el Centro de Prevención Comunitaria (CPC). Estos centros se crearon para poder desarrollar una red autonómica de prevención de adicciones teniendo una relación con los Servicios Sociales Comunitarios.

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) hace una intervención preventiva en la escuela. Según la FAD hace esta prevención exigiendo el apoyo el desarrollo de las personas y los grupos sociales, especialmente de los jóvenes para generar espacios de mayores libertades y posibilitar y capacitar para la toma de decisiones con mayor autonomía y menor vulnerabilidad. Con este objetivo preventivo, la FAD desarrolla y pone en marcha actuaciones destinadas al desarrollo educativo de grupos de individuos, con una especial atención a las primeras etapas vitales de las personas.

En el núcleo de este modo de intervención educativa, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) sitúa los programas dirigidos a la prevención escolar. No porque la escuela sea protagonista exclusiva, ni siquiera principal, de la educación, sino porque existen elementos que sitúan a lo escolar en el puente de conexión de las acciones en los diversos ámbitos: la escuela precisa de la colaboración de la familia y está situada en la comunidad.

Hemos de decir que, se hacen muchas campañas de prevención y sensibilización contra el consumo de drogas y las adicciones, todas ellas van enfocadas a un público juvenil, a los adolescentes, para poder prevenir el consumo, también para minimizar los daños e informar de las consecuencias del uso de estas sustancias y de las adicciones.

Se hacen campañas para ese público porque se considera el más vulnerable e influenciable, y en menor medida para la población adulta, ya que "saben lo que se hacen".

Algunas actuaciones que se pueden aplicar para la prevención en el individuo o en el grupo son (PPD, 1995):

En cuanto a prioridad; tener en cuenta que ninguno de los elementos que componen lo que es el sistema de drogas, que son, individuo, sustancia y contexto, es más importante que el otro, existe una interacción entre los tres, teniendo en cuenta su carácter dinámico en el tiempo.

Se fundamentan en el análisis de diferentes factores de riesgo para encontrar diversos factores de protección que orienten dicha actuación preventiva. Es necesario salir del discurso estereotipado de las drogas y su consumo. Se busca el individuo como elemento activo. Los valores sociales son de muy relevantes.

Estrategias que se pueden seguir para una prevención adecuada y genérica; educación para la salud y participación socio comunitaria. Promoción de capacidades como la educación socioafectiva, y actuaciones que incidan sobre valores sociales.

Es importante evitar actuaciones que anteriormente se han probado/utilizado y han sido ineficaces, como por ejemplo, castigos, instauración del miedo, mensajes sobre valores que se alejen de los valores de los jóvenes, o también la realización de actuaciones puntuales o aisladas.

El marco de referencia en prevención deben ser las situaciones y factores de riesgo si queremos conseguir resultados positivos, por lo que será fundamental identificar dichos factores de riesgo para contrarrestarlos con factores de protección.

La prevención de la drogodependencia por tanto tiene como marco de referencia los factores de riesgo y protección y las estrategias que se llevarán a cabo en la intervención, que estarán interrelacionadas. Algunas de estas estrategias serán la educación para la salud y la participación socio comunitaria, explicada más adelante en el Plan de prevención.

Existen también en materia de prevención las estrategias de reducción de la demanda y las estrategias de reducción de la oferta. Cuando hablamos de prevención sobre un individuo, lo hacemos de estrategias de demanda ya que son las que hacen que los sujetos rechacen una droga, en cambio las estrategias de prevención se centran en reducir la cantidad de droga que hay disponible en el mercado, esta última tiene que ser tratada por autoridades legítimas que suelen ser nacionales o de la Comunidad Autónoma. Ambas son complementarias y deben aplicarse de manera equilibrada e integrada para lograr efectos positivos en la reducción del consumo. Dichas estrategias se han clasificado en cuatro grupos (Gutiérrez, 2007):

- **Estrategias de influencia:** son aquellas que pretenden que los individuos cambien actitudes, creencias y comportamientos, usando como base para ello la información objetiva sobre las drogas.
- **Estrategias de desarrollo de competencias:** son aquellas que proporcionan habilidades al individuo donde se vea capacitado para afrontar las diversas situaciones de riesgo o presiones que puedan incitarle al consumo de sustancias.
- **Estrategias de modificación medioambiental:** son alternativas de ocio y tiempo libre.
- **Estrategias de protección y control:** son medidas normativas de control ante el consumo de sustancias, es decir, están enfocadas a la oferta

Para realizar un programa de prevención de calidad se deberán tener en cuenta diferentes puntos. Lo primero, saber que es un proceso organizado en el que se han de poner en marcha diferentes actuaciones coordinadas entre sí para llevar a cabo unos objetivos propuestos mediante el uso de los medios y recursos disponibles en dicho momento (Gutiérrez, 2007).

Los elementos más importantes a la hora de planificar un programa de prevención son

(Gutiérrez, 2007):

- Determinar el problema de manera adecuada.
- Partir de un modelo teórico que haga de marco conceptual en el conocimiento de las drogas y el consumo de estas para definir las actuaciones que se llevaran a cabo más adelante.
- Poner objetivos generales y específicos.
- Saber cuál es la población a la que se dirige el programa.
- Saber cuáles son los factores de riesgo y de protección.
- Delimitar el contenido, duración e intensidad de la actuación.
- Evaluar tanto en desarrollo como en resultados, es un punto muy importante, ya que se conocerá la eficacia del programa planteado.

3.3 TRABAJO SOCIAL Y DROGAS

Dada la temática que abordamos en este proyecto, es importante hablar sobre salud, y por lo tanto sobre trabajo social sanitario. Surge la necesidad de ampliar el marco de visión en relación a la atención integral de las personas. Es decir, en relación a las drogas lo social y la salud, van de la mano, por lo que no podemos dejar de lado ninguno de los conceptos ya que la familia, la economía, el equilibrio psicológico influyen de manera grandilocuente en el individuo, por lo que no solo nos basamos en los aspectos de salud o sanitarios, sino que se abarca un espectro mayor en esta problemática que son las drogas (Jiménez, 2016).

El trabajador social en un contexto sanitario es difícil de enmarcar, ya que se ocupa de los problemas desde una visión social, más global, analizando no solo el problema a tratar sino todo el entorno del paciente, proponiendo diferentes estrategias para abordar los problemas de salud con una mayor garantía de éxito.

La importancia de esta figura (el trabajador social) destaca entre otros profesionales sociales o sanitarios porque consigue identificar situaciones de riesgo social que afectan al paciente y su entorno familiar, proporcionando los apoyos necesarios implementando cambios que mejoren su situación o incluso evitar esas situaciones de riesgo. Cada vez, la figura del trabajador social se ha ido implicando más en el tratamiento y prevención de las drogodependencias, ocupándose tanto de los usuarios como de las familias a las que afecta (Jiménez, 2016).

El trabajador social a la hora de actuar se centra en tres aspectos generales que son la prevención, la atención y la rehabilitación. De la misma manera, dentro de sus competencias y en relación con el tema de las drogas, se encuentran las siguientes actuaciones (Jiménez, 2016):

- Incluir las perspectivas sociales en todas las actividades, asistenciales, y centros favoreciendo la participación de los implicados, ya sea trabajadores o pacientes.
- Identificar factores de riesgo social realizar planes de intervención social proporcionar apoyo, asesoramiento y orientación de las personas.
- Fomentar la participación tanto de personal profesional como de la población en actividades comunitarias de sensibilización, donde se creen entornos más saludables.
- Promocionar y fomentar actividades de prevención de la salud, dirigidas a todo tipo de públicos.
- Participar en planes de formación continuada registrar informes sociales de las actividades realizadas

Como bien hemos explicado con anterioridad, las drogodependencias son actualmente uno de los temas que más problemas generan en la sociedad, centrándose sobre todo en los países más desarrollados o en vías de desarrollo (Martín, 2009).

Según Martín (2009) es evidente que el consumo de sustancias guarda elevada relación con temas sociales, pudiendo comprobar que las personas que consumen drogas se vuelven consumidoras por motivos familiares, educativos, malas relaciones, conflictos, valores sociales dominantes etc. Además, de que dichos consumos producen un impacto social fuerte, ya que deterioran la salud pública y el bienestar de la población, creando problemas sociales que afectan al colectivo, y que en muchas ocasiones acaban en marginación o exclusión social. Por ello, el proceso de integración de una persona consumidora debe realizarse desde dos realidades. La primera, se debe de tener en cuenta la realidad social de la que partimos, tanto de la persona drogodependiente como de los que trabajan con ella, y la segunda, se debe saber en qué momento de drogadicción se encuentra la persona consumidora. Por lo tanto el Trabajador Social será un mediador social, tanto en la estrategia preventiva como en la recuperación.

Según Gutiérrez (2007) se puede definir el Trabajador Social dentro del ámbito de la drogodependencia como:

“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden proporcionar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo y del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”. (p.184)

Dicho esto, el Trabajo Social en el ámbito de las drogas es una forma especializada de Trabajo Social, en la que mediante el acompañamiento social, se crea una forma de conseguir no prolongar el consumo de drogas, mejorando la situación del consumidor y haciéndolo en el menor tiempo posible. Además, se tendrán en cuenta los diferentes niveles contextuales (macro y microsocial) de la vida de la persona a la hora de actuar, fomentando la capacidad de esta para utilizar los diferentes recursos que tiene a su disposición.

Si el Trabajador Social actúa de manera individualizada para erradicar el consumo de drogas en un usuario, seguirá unas pautas en el proceso de intervención, que son (Jiménez, 2016):

1. La fase de recepción y acogida. Esto se produce en la atención a la demanda inicial, en la que el trabajador social tiene el primer encuentro con el paciente a través de una entrevista.

Se deben cumplir en la entrevista, según el Plan de Adicciones de Aragón, una serie de objetivos previstos para la eliminación de las drogodependencias en una persona:

- Escucha activa de las demandas.
- Recabar la información mínima indispensable.
- Informar y orientar sobre las posibles actuaciones.
- Establecer vínculos y empatía.
- Motivar al consumidor para la participación activa en el proceso de atención.
- Asignar citas a los diferentes profesionales que influyan en el tratamiento del usuario.

Con esto, el trabajador social realizará un análisis del paciente, el entorno en el que se rodea, las motivaciones y expectativas que tiene sobre el tratamiento y deseo de dejar las drogas, y le proporcionará apoyo.

2. Se realizará una valoración integral, es decir, tanto sanitaria como social, psicológica, y ocupacional.
3. Se realizará un Programa Personalizado de Intervención (PPI), en el que se recogerán objetivos a conseguir, actividades que se deben realizar para el logro de estos, y los recursos de los que disponen para llevarlo a cabo.
4. Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención (PPI). Se pondrá en práctica la metodología, estrategias y actuaciones pautadas con el usuario, realizando un seguimiento y evaluación continuado por parte del trabajador social.

El trabajador social por tanto actúa en diferentes áreas, como por ejemplo, el área de necesidades básicas, área familiar, área formativa, área económica, área laboral, área vivienda y área judicial.

Además de dicho acompañamiento social, el trabajador social también actuará como mediador social para conseguir desarrollar estrategias preventivas en el ámbito comunitario. Después de tener un conocimiento amplio sobre el tema de las drogas y las drogodependencias y redimir todos los estereotipos que tengan sobre ello, crearán desde el ámbito comunitario estrategias de información, prevención y actuación, coordinándose con otros profesionales y sectores (Gutiérrez, 2007).

La prevención requiere de conocimiento, formación y experiencia por parte de los profesionales, tendrán que tener la capacidad de tomar decisiones y crear planes adecuados para cada situación, y no será solo la trasmisión de contenidos. Con esto, se detectarán y reducirán factores de riesgo y se amplificarán los factores de protección. “Debe tener un carácter educativo y dar respuesta a las personas que lo solicitan en sus diversas dimensiones (afectivas, educativas, sanitarias, culturales, ambientales, etc.). La prevención contempla el fenómeno de las drogas como fenómeno social complejo en el que se contemplan los factores asociados a las sustancias, a la persona y al contexto social y medioambiental” (Gutiérrez, 2007).

En el ámbito comunitario suelen intervenir profesionales sociosanitarios, pero en la comunidad, “sin embargo, el Trabajo Social es la herramienta conceptual utilizada en contraste con la intervención individualizada del modelo clínico propio de los EE.UU y de los países centrales europeos.” (Gutiérrez, 2007). La prevención desde el ámbito comunitario es difícil de determinar en cuanto a eficacia, ya que a la hora de evaluar se encuentran muchas dificultades, pero en temas de drogodependencias si se quiere llevar a cabo de un modo integral, es el adecuado. Esto se debe a la rapidez de los cambios en temas de drogas, sustancias, accesos a estas y consumo, es decir, se necesita llegar al conjunto de la comunidad de

manera rápida y sencilla. El conjunto de actuaciones para acabar con el consumo desde el Trabajo Social se basa en, el conocimiento básico informativo sobre las drogas más utilizadas, la sensibilización de la población ante los problemas que estas generan y sobre las medidas que se pueden tomar sobre nuevas formas de consumo y patologías, mentalizar a la población de que el fenómeno de las drogas afecta a todos y no solo a aquellos que las consumen, y ofrecer ayuda por parte de profesionales si es necesario. Para conseguir reducir el consumo de drogas, existen algunas iniciativas en prevención de materia de salud pública como por ejemplo, las de fomentar estilos de vida saludable, disponer de espacios de ocio, dar apoyo a familias y jóvenes vulnerables y disminuir el abandono escolar. Además se proponen planes de prevención universal como son, la prevención basada en la familia, en la comunidad, y en el ámbito escolar (Gutiérrez, 2007).

El concepto de mediador social es válido en cuanto a reducción de daños y riesgos. Como bien hemos explicado con anterioridad, los mediadores tendrán que ser personas cualificadas y en constante formación, que dejen a un lado todo tipo de prejuicio y que puedan desempeñar roles clave en la cotidianidad de los programas preventivos, así se podrán llevar a cabo estrategias adecuadas de intervención para cada situación y contexto.

Se puede intervenir desde varios modelos teóricos en materia de drogodependencias según la sustancia, el consumidor y el consumo. Estos modelos son, el ético-jurídico, el médico-sanitario, el psicosocial y el sociocultural. Aquellos que tienen una relación estrecha con el trabajo social y que se utilizarán en la mejoría de la situación del individuo son los dos últimos que se han nombrado (Gutiérrez, 2007).

Las bases que fundamentan el modelo psicosocial y el modelo sociocultural son, el primero, refuerza el valor del sujeto y actuación en relación sustancia-individuo-contexto. Se centra en actitudes, valores y estilos de vida para obtener información, es decir, cree que existen unos factores individuales y otros grupales que incitan o favorecen el consumo de una sustancia, por lo tanto, para la reducción de dichas tendencias a consumir drogas, se realiza un análisis de las características de los sujetos y se modifican estereotipos culturales que tiendan a una menor presión grupal. El segundo, hace hincapié en lo complejo del contexto social y cultural, y los elementos que interactúan en este. Focaliza la atención en condiciones socioeconómicas y ambientales como la causa del consumo, fijando una adaptación de los contextos socioculturales al sujeto y sus necesidades, a través del cambio social. La perfección se basaría en un enfoque multidisciplinar que incorporase elementos de todos los modelos mencionados, pero en la actualidad se usan mucho los modelos represivos y médicos (Gutiérrez, 2007).

Actuando desde estos modelos y como mediador social, no se debe pensar que el drogodependiente es una víctima de las desigualdades sociales, ya que es un estereotipo que se tiene inadecuado sobre las personas que consumen. Se actuará de manera integradora y con apoyo social, teniendo en cuenta sobre todo el entorno para mejorar la situación, ya que es el ámbito de actuación más pertinente para los trabajadores sociales, que actuarán tanto en el microsistema (familia, escuela y grupo de iguales), como el mesosistema (ocio, trabajo, roles, estatus y hábitat) y macrosistema (valores, educación, legislación, medios, sistema social etc.). El trabajador social para acabar con las drogodependencias y reducir los consumos es conocedor de personas, instituciones, centros, asociaciones, redes sociales y problemas, además de coordinar los diferentes agentes sociales que actúan en esta materia. Hace que la comunidad haga como suyos los problemas y soluciones respecto al consumo, y así evita la marginación, exclusión, o estigmatización. Por todo esto, aunque se planteen actuaciones de tipo especializado para la problemática

de las drogas, “es conveniente recuperar desde el trabajo social funciones propias de prevención e integración” (Gutiérrez, 2007).

Para que se pueda mejorar la situación los trabajadores sociales se deberían seguir en materia de prevención unos criterios fijados y unos procedimientos determinados, se debe conseguir además un respaldo legislativo e institucional si es necesario, y para ello también se deben realizar iniciativas en el ámbito familiar, educativo, y de ocio y diversión, con programas de actuación preventiva. “En la actualidad es imprescindible conocer el tejido social de la comunidad y las redes de esta, para poder potenciar todas sus posibilidades y actuar creativa y preventivamente. De este modo se pretende llegar a las personas afectadas y de tal modo que su participación sea un esfuerzo acompañado por el resto más próximo de la comunidad a la que se pertenece y las redes que utiliza. El trabajador social es conveniente que se convierta en el profesional coordinador-mediador de los diversos niveles existentes de la intervención: del propio equipo, con los profesionales de otros sectores que actúan en la comunidad, con los servicios especializados y con la iniciativa social” (Gutiérrez, 2007).

Es imprescindible la coordinación de los diferentes equipos multidisciplinares, ya que es donde se conseguirán desarrollar programas que erradiquen el consumo abusivo de drogas en base a una detección y un diagnóstico, y “precisamente en el ámbito de la coordinación son los trabajadores sociales quienes nos indican que no existe la suficiente coordinación para un 77% de los mismos en Aragón” (Gutiérrez, 2007).

Se ha de decir también, que los trabajadores sociales, normalmente conocen las situaciones y necesidades de los barrios, vecindarios y comunidades en las que actúan, por lo que elaboraran las actuaciones más adecuadas para estos en temas de drogodependencias. Se busca la inserción social, que es el trabajo propio del trabajador social.

En resumen, el trabajador social en el marco de las drogodependencias ha sido y es un tema complejo. Ha estado en un segundo plano durante muchos años, y esto se debe a que en muchas ocasiones se ha dado una atención más individualizada y en términos más biológicos, que ha dejado lo social al margen con la idea de que era menos importante, es decir, este ámbito estaba abordado por lo medico durante años, ya que el rol del trabajador social no estaba definido dentro de este contexto, no existía un marco normativo que lo regulase. No existe una metodología clara, por lo que se mueve en diferentes ámbitos dentro de las drogodependencias, y los demás profesionales muchas veces no saben qué papel debe desempeñar un trabajador social en esta área. Teniendo esto en cuenta estas premisas,”<< se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias como: Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden proporcionar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial>>” (Gutiérrez, 2007).

Los trabajos más comunes dentro de este área de drogodependencia de un trabajador social son: “creando planes y programas de prevención contra las drogodependencias en centros de día, llevando a cabo actividades de diversos tipos, también actúan en áreas de atención social con personas con problemas de adicciones, como técnicos en los centros de encuentro y acogida de emergencia dirigidos a la reducción de daños, como técnicos de unidades móviles de prescripción y/o dispensación de Metadona, técnicos de programas de captación activa o programas de medio abierto (Outreach), técnicos en las unidades de

atención a la drogodependencia en el ámbito penitenciario, docentes en el ámbito universitario impartiendo contenidos como Trabajo Social y drogodependencias, supervisores de equipos de trabajo interdisciplinares que trabajan en alguno de los dispositivos de atención de los drogodependientes, formadores de cursos de postgrado destinados en el ámbito de las drogodependencias, directores de los diferentes centros o dispositivos de la red asistencial a drogodependientes, técnicos de inserción y orientación socio laboral a drogodependientes, técnicos de inserción y orientación socio laboral a drogodependiente, responsables de diseño y ejecución de proyectos de investigación en el ámbito de las drogodependencias etc.” (Gutiérrez, 2007, p.190).

Según Inocencia Romero Rodríguez, 2003: “<< los trabajadores sociales debemos intervenir con el fin de ayudar a los seres humanos a conseguir su máximo desarrollo psicosocial, tanto en aspectos personales (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y en las interacciones entre todos ellos) como sobre el medio (físico, social, cultural, institucional, legislativo, etc.)>>” (Gutiérrez, 2007, p.191).

4. PLAN DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN LAS PISTAS DE ESQUÍ ARAGONESAS

4.1 OBJETIVOS

- Reducir el consumo de drogas a nivel global, ya que a mayor uso de drogas, mayor probabilidad de abuso y consumos problemáticos.
- Retrasar en la edad el inicio al consumo de sustancias psicoactivas.
- Conseguir un uso menos nocivo, con menor frecuencia y reduciendo riesgos en sujetos que son consumidores puntuales o continuados.

4.2 EXPLICACIÓN DEL PLAN

Lo primero de todo decir que en el Área de Trabajo de Prevención ubicamos al trabajador social realizando, por una parte funciones de coordinación de un proyecto de prevención de drogodependencias en las pistas de esquí de Aragón de las comarcas de Sobrarbe, Ribagorza, Jacetania y Alto Gállego, y por otra parte realizando funciones como técnico que llevará a cabo actividades de concienciación, sensibilización e información mediante intervenciones en dichas pistas.

Las claves de la demanda serán la creación de grupos de trabajo para la intervención, el diagnóstico de consumo en los adolescentes, y la planificación de actividades orientadas a la prevención de todas aquellas personas adolescentes que realizan el esquí como deporte y que tienen situaciones de riesgo por consumo, y la puesta en marcha de actividades de sensibilización y concienciación ante dicho consumo.

Para ello será necesario una gestión y acompañamiento eficaz por parte de los trabajadores implicados, que en este caso será, un equipo multidisciplinar de voluntarios. Antes de la ejecución del plan se sabrán las necesidades del entorno comunitario para generar un diagnóstico social que permita actuar sobre el terreno acordado. Se crearán programas educativos, de información, sensibilización y concienciación para evitar el riesgo, actuando en prevención primaria y secundaria.

Como bien se ha explicado en este plan se intervendrá a nivel de prevención primaria y secundaria, que como bien hemos explicado con anterioridad, la prevención primaria está enfocada a evitar o retrasar el

consumo de sustancias, limitando la aparición de conductas desviadas, y la prevención secundaria que está encaminada a evitar que se generen situaciones problemáticas, y en la medida de lo posible mejorando las situaciones derivadas de dicho consumo.

En este plan se actuará desde la globalidad, ya que no se puede intentar prevenir el consumo de drogas sin actuar sobre todos los condicionantes que actúan en el inicio de este, pero en algunas ocasiones se necesitarán también actuaciones específicas respecto al consumo de drogas.

Los adolescentes aprenden durante su crecimiento en diferentes contextos y entornos a relacionarse con las drogas. En él, influye la escuela, la familia, los amigos, la colectividad etc. Es en este contexto en el que el adolescente se socializa y aprende el uso responsable o no de las sustancias, y la problemática que supone el consumo. Para posibilitar la disminución de que se produzca, se actuará en tres campos principales que están correlacionados entre sí: la información, la educación, y las alternativas de ocio y tiempo libre.

Dentro de la prevención primaria:

Algunas estrategias preventivas generales que se usarán para actuar en dichos campos son, la estrategia de participación socio comunitaria, en la que un mediador social, en este caso un trabajador social, ayudará a la creación de opiniones, modelos de actitudes y comportamientos, actuará como dinamizador de la comunidad y será un elemento de conexión entre las distintas instancias de la comunidad. También es importante que se realice una estrategia de educación para la salud, que es una herramienta de prevención importante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud “no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente... la salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana y no como un objetivo vital; se trata de un concepto positivo que potencia tanto los recursos sociales y personales como la capacidad física” (OMS, 1986).

Para que esto se cumpla, debemos realizar una buena educación para la salud, esta es definida por la Asamblea Mundial de la Salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantener la salud y busquen ayuda cuando la necesiten” (36 Asamblea Mundial de la Salud, 1983).

Promover comportamientos saludable es difícil, ya que en muchas ocasiones los comportamientos no saludables dan una satisfacción inmediata, como en el caso de las drogas, y se piensan que los efectos son nocivos, sobre todo para los adolescentes, por eso es importante que exista una buena educación para la salud desde una edad temprana, para que en el momento de elegir una estimulación placentera cierta e inmediata, sepan encontrar esa satisfacción en comportamientos alternativos y no en un mal hábito, como es en este caso el uso de las drogas. Además se deberán replantear los valores y normas por los que actualmente nos regimos respecto al consumo de drogas, ya que “somos una cultura occidental consumista que poco tiene que ver con la cultura de la salud” (PPD, 1995). Por último, el tema de la salud en los adolescentes no es algo llamativo y predominante, por lo que la palabra salud, no será usada como palabra estrella de la prevención.

“Las conductas relacionadas con salud, no se presentan aisladas, sino formando parte de ciertos estilos de vida. “Usar drogas y depender de drogas, no es una conducta que concluya en sí misma, sino que se relaciona con otras conductas, hábitos y hasta con sentimientos e ideas, constituyendo todo ello un estilo de vida que es un verdadero fenómeno del consumo de drogas y de la drogodependencia (Comas, 1992).

Por lo tanto, el reto principal en prevención estriba en promocionar globalmente estilos de vida saludables, más que en promover conductas saludables aisladas.

Los factores de protección por tanto serán los que faciliten a las personas elegir opciones más saludables en su vida cotidiana y por lo tanto ir configurando un estilo de vida saludable” (PPD, 1995)

Esto implica por tanto, la necesidad de una educación sobre la toma de decisiones y las consecuencias que estas tendrán en el individuo derivadas de ellas, tanto positivas como negativas.

Para llegar a conseguir nuestros objetivos se necesita una correlación entre conocimiento, actitudes y hábitos. Por lo que deberá intervenir en tres niveles, cognitivo, afectivo y de comportamiento.

A nivel cognitivo se necesitará saber cómo actúan las drogas en el organismo cuando se consumen las diferentes sustancias y qué consecuencias derivaran de él, tanto positivas como negativas. Esta información será necesaria para la construcción de una idea sobre las drogas, que será acorde con el rango de edad al que nos estamos dirigiendo. Será por tanto una información educativa pero responderá a las necesidades del grupo al que va dirigida y siempre de manera objetiva.

Es muy importante la prevención cognitiva ya que será la base de las creencias del individuo, es decir, sobre los resultados favorables y desfavorables del consumo. Esta información no es la única percepción que existe, se podría decir que aunque sea exhaustiva, no modifica actitudes ni comportamientos, no es el único determinante que actúa, por lo que paralelamente se tendrá que trabajar diferentes acciones en relación a la educación afectiva, encaminada a formar actitudes positivas hacia la salud y estilos de vida saludables. “La creación de hábitos saludables es fundamental en la generación de actitudes positivas... En resumen, se debe intervenir en diferentes campos, tanto en el desarrollo de actitudes como en el desarrollo de la personalidad” (PPD, 1995).

Se tiene que enseñar a los adolescentes a convivir en un mundo donde existen las drogas, y que en muchas ocasiones vendrán planteadas de manera positiva, como por ejemplo, la evasión de problemas e incluso superación de ellos, ocio, diversión, curación de determinadas enfermedades y como algo prohibido que gusta. Es necesario por tanto que se les prevenga, anticipándose a consecuencias perjudiciales a medio y largo plazo, ayudándoles a que desarrolleen ideas reales y posiciones claras ante el consumo de sustancias.

La información siempre será buena para la búsqueda de soluciones y formas de intervención ante el consumo de drogas y la problemática que plantea.

Para que todo lo expuesto anteriormente se desarrolle de manera positiva, los profesionales tendrán que estar continuamente formándose y sensibilizados con el campo del que se esté tratando, con el fin de conseguir trasmisir las ideas de manera correcta.

Además en este nivel se buscarán alternativas de ocio y tiempo libre que motiven a los jóvenes a elegir conductas más saludables, que sepan considerar las diferentes opciones y que tengan capacidades propias de decisión.

Dentro de la prevención secundaria:

Los trabajadores sociales en este nivel adquieren un papel más relevante, en donde se les permite detectar casos de drogodependencias en las primeras fases de consumo y de esta manera intentar un posible tratamiento. Los trabajadores sociales actuarán con otros profesionales voluntarios, como por ejemplo enfermeros, psicólogos, maestros, médicos, pedagogos, educadores sociales, para la mejor consecución de objetivos. Se considera muy importante, como ya hemos explicado con anterioridad, los equipos multidisciplinares, ya que también así se tendrá una perspectiva interdisciplinar del problema al que nos enfrentamos. Actuar de manera conjunta permite poder analizar y observar desde diferentes puntos la situación y actuar de una mejor manera y con un mayor conocimiento, enriqueciendo así a todo el equipo y logrando diferentes abordajes. Cada uno de ellos tendrá una función diferente, como por ejemplo, apoyo a la persona, estimular y desarrollar la autonomía de los individuos, trabajar el contexto y el entorno de estos.

Las intervenciones sociales siempre van a estar dirigidas a la consecución de los objetivos planteados y al hallar una conclusión sobre el tema de las drogas, para ello se necesita por parte de los profesionales una actitud de ayuda, integración, confianza, desarrollo de la responsabilidad, respeto e implicación.

Los profesionales tendrán como labor, mediar, orientar, ofrecer intermediación entre los diferentes usuarios y la comunidad, coordinar los diferentes agentes sociales que se encuentren en el proceso, y evaluar.

Si algún individuo más adelante se quisiera tratar, podría acudir a los servicios que se propondrán por el trabajador social al final de las jornadas, los centros de actuación psicosocial y centros de prevención se encuentran en el M.P de Jaca, en las comarcas del Sobrarbe y la Jacetania, y en el M.P de Monzón, en las comarcas del Bajo Cinca y de Ribagorza.

Este plan con sus respectivas actividades será realizado en cada pista de esquí del Pirineo Aragonés y tendrá la duración de un día.

4.2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar una educación integral de los sujetos, de manera que no se inicie el consumo de drogas o favorezca el retraso.
- Ofertar ayudas de educación en el ámbito de las drogas.
- Formar personalidades más autónomas y capaces de constituir su estilo de vida.
- Favorecer al conocimiento de sus estados físicos y psíquicos, sus hábitos y actitudes ante diversas situaciones de la vida cotidiana, y específicamente ante el consumo de drogas. Lo que se produce en su organismo a consecuencia del consumo. Y el funcionamiento de las relaciones sociales en relación a dicho consumo.
- Facilitar medios que puedan intervenir en estos procesos, desarrollando actitudes, hábitos y relaciones sociales saludables.

- Reducir riesgos.

4.2.2 ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

4.2.2.1 ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

JUEGO PARA LA PREVENCIÓN COGNITIVA:

OBJETIVOS:

- Informar sobre el consumo de drogas y sus efectos.
- Desarrollar la capacidad cognitiva de los adolescentes.
- Concienciar de las consecuencias del consumo de drogas.

DESARROLLO DEL JUEGO:

Como bien hemos explicado, es importante que los jóvenes sepan a nivel cognitivo cuáles serán los síntomas y consecuencias después de haber consumido determinadas sustancias, así que es relevante que lo sientan en su propia piel. Para ello se plantea el siguiente juego:

Conoceremos los síntomas que producen las siguientes drogas: cannabis, tabaco, alcohol, heroína, opiáceos, cocaína, alucinógenos, anfetaminas, y sustancias volátiles, haciendo vivir a cada uno de los participantes como pueden sentirse y como actuarán si las consumen.

TÓXICO	INTOXICACIÓN AGUDA	SINDROME DE ABSTINENCIA	EFFECTOS A LARGO PLAZO
CANNABIS	Conjuntiva enrojecida, sequedad bucal, ansiedad, pánico, alucinación, fatiga.	Insomnio	
HEROÍNA Y OPIÁCEOS	Miosis, disnea, shock, convulsiones.	Angustia, nerviosismo, desorientación, bostezos, sudoración, lagrimo, rinorrea, modificación de la personalidad, náuseas, vómitos, dolores musculares, midriasis.	Anorexia, estreñimiento, impotencia, amenorrea.
COCAÍNA	Convulsiones, temblores, pérdida del contacto con la realidad, pérdida del	Depresión, deseo vehemente y sobredosis, suicidio.	pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al tragarse,

	control de la orina, temperatura elevada y sudoración excesiva, presión sanguínea elevada, ritmo cardíaco acelerado o anormal, ansiedad, coloración azul en la piel, confusión, inquietud, respiración acelerada o difícil, muerte		ronquera y una irritación general del tabique nasal, condición crónica de irritación y salida de secreción por la nariz, gangrena grave en los intestino, reacciones alérgicas, muerte.
ALUCINOGENOS	Aumento de la presión arterial, la frecuencia respiratoria o la temperatura corporal, pérdida del apetito, sequedad de la boca, vivencias de experiencias espirituales, sensación de relajación, movimientos descoordinados, sudoración excesiva, náuseas, pérdida del tiempo, intensificación de los sentimientos.	Pánico, ansiedad, dolor muscular, paranoia.	Intoxicación, trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flash backs), trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, psicosis, paranoia, cambios en el estado de animo.
ANFETAMINAS	Agitación, ansiedad, insomnio, agresividad, alucinaciones, midriasis, transpiración abundante, sequedad de boca, náuseas, dolor abdominal cólico, diarrea,	Insomnio o hipersomnia, inquietud o inhibición psicomotriz, pesadillas, cansancio, aumento del apetito, ansiedad, fatiga, sueños vívidos desagradables, aumento del apetito,	Hemorragia subaracnoidea, infarto de miocardio, disección de aorta, SDRA, isquemia intestinal, taquicardia, la hipertensión arterial, la vasoconstricción.

	vértigo, trastornos del equilibrio, rigidez muscular, temblor, disquinesias, taquicardia, arritmias ventriculares, hipertensión, isquemia miocárdica.	retraso o agitación psicomotores.	
TABACO	Tos, dolor de cabeza.	Nerviosismo, irritabilidad.	Disnea.
SOLVENTE VOLÁTIL	Convulsiones, delirios, alucinaciones, somnolencia, desinhibición, aturdimiento, agitación, convulsiones, asfixia, sofocación.		Daños significativos en el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones, insuficiencia hepática y renal, acidosis tubular renal, hipopotasemia.
ALCOHOL	Embriaguez, diplopía, agitación.	Temblores, ansiedad, sudoración, náuseas, anorexia, diarreas, conjuntiva enrojecida, calambres.	Gastritis, irritabilidad, desconfianza, colopatía, afectación hepática, amenorrea, impotencia.

Una vez explicados los diferentes síntomas que producen las drogas se procederá al juego.

Lo primero de todo se harán diferentes grupos según las drogas que queremos dar a conocer, y se irán rotando por las diferentes bases propuestas, la primera base será la del alcohol, la segunda la del cannabis y tabaco, la tercera la de la cocaína y anfetaminas, y por último la cuarta de alucinógenos y sustancias volátiles.

Una vez divididos, se realizarán las siguientes pruebas que simularán lo que se siente cuando se han consumido las diferentes sustancias nombradas y como afecta en la consecución de un objetivo.

EXPLICACIÓN DE LAS PRUEBAS:

Alcohol: Se utilizarán unas gafas que se denominan “de efecto borracho”. Son un tipo de gafas bastante pedagógicas para que los adolescentes comprueben los efectos del alcohol, al ponérselas sufrían la misma pérdida de visión y reflejos que se suele tener cuando se alcanza una tasa de entre 0,12 y 0,15 de alcohol en sangre. Se podrá apreciar rápidamente lo fuera de control que están sus reacciones. Estas gafas, lo que consiguen es reproducir los efectos de distorsión de la realidad producida por la ingesta de bebidas alcohólicas, incluyendo el estado de alerta reducida, aumento del tiempo de reacción, confusión, distorsión

visual, alteración de la percepción de la profundidad y la percepción de la distancia, la reducción de la visión periférica, falta de juicio y toma de decisiones, visión doble y la falta de coordinación muscular, en condiciones de poca luz.

Para conseguir concienciar a los adolescentes, se les realizarán diferentes pruebas con las gafas puestas, como por ejemplo, intentar encestar un balón en una canasta, hacer un recorrido en línea recta y conseguir recoger unas llaves del suelo en un tiempo establecido, intentar meter un balón dentro de una portería pasando por un recorrido establecido de conos, carreras de relevos, y el pato mareado (dar varias vueltas sobre uno mismo y llegar a un punto determinado).

Cannabis y tabaco: Como ya hemos explicado con anterioridad el cannabis provoca sensación de fatiga. Para que los adolescentes comprueben como se pueden sentir al consumir dicha droga, se les colocaran chalecos de peso, de unos 10 kilos, para que jueguen a polis y cacos, que es un juego de tipo dinámico en el que se tiene en cuenta la coordinación, agilidad, velocidad, cooperación etc.

El juego consiste en dividir a los adolescentes en dos grupos, polis y cacos. El juego tendrá cuatro zonas establecidas previamente, la de los polis, la de los cacos, la cárcel (que es donde los polis llevan a los cacos pillados), y la zona de juego. Los polis tendrán que conseguir capturar a todos los cacos y los cacos huir de ellos y no dejarse coger.

Normas:

1. Cuando los polis capturen a los cacos tienen que llevarlos a la cárcel.
2. Los cacos pueden salvar a los demás cacos de la cárcel llegando a ella y chocando la mano de uno de ellos, que estarán situados en cadena de la mano.
3. Los polis solo pueden llevar un preso a la cárcel simultáneamente.

Con este juego lo que se pretende lograr es que sientan esa sensación de más cansancio provocada por los chalecos de peso.

Para otra sensación que producen estas sustancias, que es la sequedad bucal y tos, se propone el juego del polvorón o de la cola cao. Se harán diferentes grupos de adolescentes, se les dará por parte de la persona a cargo del juego diferentes frases que tendrán que reproducir a sus compañeros. Estas frases se tendrán que decir con el polvorón en la boca o una cucharada de cola cao, de manera que sean entendidas por sus compañeros, pero todos llevaran una de las dos cosas en la boca para dificultar su comunicación. Tendrán 10 frases, cuando las hayan completado levantarán la mano, el primero que la levante podrá beber agua, los demás tendrán que esperar hasta que los ganadores adivinen un acertijo formulado por la persona responsable de la actividad.

Alucinógenos y sustancias volátiles: En este juego se simulan un poco la paranoia, el aturdimiento y la descoordinación.

Para ello, los adolescentes se dividirán en grupos pequeños, uno de ellos empezará colocándose unos cascos de música, en los que se reproducirán unas cintas especiales que simulan el efecto de voces diferentes al mismo tiempo, es decir, los audios son diferentes para el oído derecho y para el izquierdo, y las cintas disponen de ralentizador y acelerador de las voces. Otros será el encargado de ralentizar, acelerar

o dejar como están las cintas de audios, mientras que los demás explican una historia al compañero con los cascos que intentará averiguar que le están contando.

Cocaína y anfetaminas: Existe un juego en internet que explica cómo te puedes sentir si consumes cocaína, este consiste en una carrera de motos, en la que puedes escoger la opción de jugar con cocaína o sin drogas. Al elegir la primera posibilidad, se inicia la carrera más rápido, pero a medida que la competición va avanzando se pierden facultades y tiempo para repostar (cocaína) sin la cual no puedes seguir corriendo. Pulsando la tecla "enter", el motorista esnifa una raya para seguir en la carrera, y según vas avanzando esta se va vaciando. Cuando al motorista se le pasan los efectos de la droga no puede seguir corriendo y entonces dice "quiere otra dosis", pero al repostar con tanta frecuencia perdido demasiado tiempo como para poder ganar la carrera.

Si se elige la conducción sin drogas el motorista no tendrá que parar continuamente a repostar y sus reflejos serán mejores, teniendo posibilidades de ganar.

Al ser una prueba virtual no supone un riesgo, pero si se experimenta esa consecuencia negativa que tiene el consumo de la cocaína y las anfetaminas y esa sensación de adicción que crean.

Materiales que se utilizarán en la actividad: canasta, pelota, portería, llaves, gafas" efecto borracho", conos, chalecos de peso, polvorones, cola cao, agua, cintas, reproductor de cintas, cascos, tablets, internet.

CHARLA INFORMATIVA SOBRE DROGAS Y CONSECUENCIAS DE SU CONSUMO

OBJETIVOS:

- Informar sobre las drogas.
- Sensibilizar a la población adolescente sobre los efectos de las drogas.
- Concienciar a la población adolescente de las consecuencias que pueden tener las drogas sobre uno mismo por un mal uso de estas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Esta actividad se basará en la información por parte del trabajador social sobre las drogas en general: que son, como actúan, efectos a corto y largo plazo, las consecuencias derivadas del consumo, y dará ayudas y pautas para conseguir llevar una vida al margen de estas, o si existe un consumo de drogas que no se haga de manera abusiva ni desorbitada.

Para ello contará con la ayuda de otros profesionales voluntarios como psicólogos, enfermeros, médicos, que darán una aportación relevante sobre las drogas desde los diferentes campos en los que estos actúan, y también contará con testimonios de alguna persona ex drogadicta que quiera compartir su experiencia con los adolescentes.

4.2.2.2 TALLERES

TALLER SPOT PUBLICITARIO

OBJETIVOS:

- Concienciar a los adolescentes mediante la creatividad de la importancia que tiene el uso inadecuado de las drogas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Una vez expuestas las diferentes charlas sobre las drogas y han recibido una información objetiva y adecuada sobre ellas, comprobando los posibles efectos adversos que pueden tener en uno mismo y como se han desenvuelto, toca un taller creativo.

En él, se plantea que por un día sean publicistas de una empresa importante de publicidad, que llega sobre todo al público adolescente y que usa la red social twitter como medio de difusión. Se explicará que es twitter, por si hay alguna duda, y después, se pedirá que escriban una frase que les gustaría que llegara a todas partes como mensaje concienciador sobre el uso inadecuado de las drogas. Este mensaje, como en twiter, tendrá que ser de unos 140 caracteres y empezará con un @ y un nombre de usuario que hayan elegido para poder identificar aquel que salga elegido.

Cuando todos los mensajes estén escritos, se meterán en una urna y se irán leyendo uno por uno por la persona que dirija la actividad. Finalmente, se elegirá por todos los adolescentes a mano alzada el mensaje que les haya parecido más adecuado y ajustado a lo que se pedía, que es concienciar sobre el uso inadecuado de las drogas, planteando como elementos claves a tener en cuenta, el sentido del humor, la creatividad y la objetividad.

Materiales que se utilizarán en la actividad: papel, boli y urna.

TALLER REVISTA

OBJETIVOS:

- Realizar una revista donde se incluyan estilos de ocio diferentes y actividades saludables para los adolescentes.
- Dar nuevas alternativas de ocio y tiempo libre más saludables.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

En este taller se dividirán por grupos de 15 personas máximo, se les dará por parte del trabajador social unos ejemplos de actividades de ocio y tiempo libre saludables para que se hagan una idea de lo que se busca, y a partir de ahí tendrán 15 minutos para en esos grupos más reducidos, crear varias alternativas saludables de actividades que crean adecuadas, acorde con lo que los jóvenes quieren, y no utópicas, escribiéndolas en una hoja.

Cuando estos 15 minutos hayan pasado, se expondrán las ideas de todos los grupos en común y se elegirán las que más hayan gustado a todos los participantes por medio de una votación a mano alzada.

Una vez elegidas, cada grupo de los realizados anteriormente escogerá una de dichas actividades expuesta como ganadora, y tendrá que realizar una de las páginas de la revista con esa idea.

Finalmente se unirán todas las páginas de la revista que se han realizado por parte de los diferentes grupos y se expondrá para que todo el que quiera la pueda leer.

Materiales: papel, boli, lápiz, tijeras, pinturas, rotuladores, papeles de colores, otras revistas.

4.2.2.3 OTRAS ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

BAJADA NOCTURNA PARA ADOLESCENTES

OBJETIVOS:

- Enseñar diferentes modos de diversión a los adolescentes más saludables.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Esta idea esta sacada de una bajada nocturna que ya se realiza todos los años en algunas de las pistas de esquí del pirineo Aragonés. Por ello, muchas de las pautas que se dan, son las establecidas ya por este descenso. Es decir, la longitud de la pista, la iluminación que se da en ella, y la cena previa que se realiza.

Aplicado a nuestro plan:

La diversión nocturna no tiene que ser solo basada en la fiesta, se pueden realizar otras actividades alternativas, como por ejemplo una bajada nocturna a la luz de la luna, se sube en el telesilla cuando empieza la noche, y después de una cena establecida en el restaurante de pistas con todos los participantes, se desciende en trineo por una pista iluminada.

Una vez que se hayan cerrado las pistas, se queda a las 20:00 horas en el restaurante de la estación, se cena un bocadillo o *tupper* todos juntos traído de casa, para crear un ambiente de comunidad, y después, a las 21:00 se sube en el telesilla para comenzar la aventura.

Una vez arriba llega el momento de lanzarse. Después de una charla explicativa de cómo será la actividad, se les da un trineo de madera con el que descenderán 2,5 kilómetros por una pista iluminada.

Material: trineo.

FIESTA LIBRE DE ALCOHOL Y HUMOS

OBJETIVOS:

- Concienciar a los jóvenes de que no solo hay una opción de fiesta nocturna, sino que existen otras vías de diversión.

EXPLICACION DE LA ACTIVIDAD:

Después de la bajada nocturna, y para finalizar, se realizará una pequeña fiesta en pistas con música, refrescos, y nada de alcohol ni otras sustancias.

4.3 ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

4.3.1 QUÉ ES LA EVALUACIÓN

La evaluación en la actualidad tiene un papel muy importante en el ámbito educativo. Esto es debido a la repercusión que tiene el hecho de ser evaluado o evaluar para luego mejorar en futuras acciones.

Hoy por hoy, existe mayor conciencia de la necesidad de alcanzar una calidad en las actuaciones y sobre todo si son educativas, de aprovechar los recursos, el tiempo, el esfuerzo y la competencia de las personas a las que se dirigen las acciones y las instituciones que las imparten. Por lo tanto es notable que ocupe un papel destacado en las actuaciones.

Se puede decir que la evaluación “es una actividad inherente a toda actividad humana intencional, por lo que debe ser sistemática, y que su objetivo es determinar el valor de algo” (Popham, 1990).

Siempre se evalúa para la toma de decisiones, no es solo recoger información de resultados aleatorios, si no, la toma de una decisión concreta.

Así pues, la evaluación es “la recogida de información con una posterior interpretación en función del contraste con determinadas instancias de referencia o patrones de deseabilidad, para hacer posible la emisión de un juicio de valor que permita orientar la acción o la toma de decisiones” (García Ramos, 1989)

4.3.2 ACTIVIDADES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

OBJETIVOS:

- Reconocer méritos o fracasos del plan, y los resultados positivos o negativos que se han obtenido de este.
- Detectar las debilidades y fortalezas de los trabajadores y del plan.
- Conocer intereses de los implicados.
- Medir la eficiencia de los elementos que han intervenido en el proceso.
- Incentivar la retroalimentación.
- Corregir posibles errores cometidos.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se realizará una encuesta de satisfacción al finalizar la jornada.

5. CONCLUSIONES

En este apartado se recogen las conclusiones de la investigación, y cuyos argumentos se basan en el análisis de la información recogida.

Una de las cosas que más me ha llamado la atención sobre el abordaje del problema de las drogas es cómo ha cambiado, no solo en España, sino mundialmente la visión y terminología de estas.

Anteriormente, las drogas se veían como algo malo, un vicio que repercutía de manera negativa en la salud y que solo los “yonkis” consumían. Actualmente esos prejuicios se han ido superando, e intervienen factores diferentes alrededor del término consumo, que han hecho que la población se preocupe por la resolución del problema que plantean las drogas. Para conseguir reducir el uso de las sustancias

psicoactivas, se necesitan medidas normativas eficaces y la infraestructura necesaria para aplicálas. Para ello, todos los sectores de la sociedad se deberían implicar, ya que no es solo una cuestión que abarque la salud pública.

He podido comprobar que existe poca información y escasez de datos recientes sobre el consumo de drogas. No se encuentran estudios con cifras, encuestas, o estadísticas sobre los proyectos en vigor que se están realizando en España sobre la actuación contra las drogas, y aquellos que se conocen dan una idea alarmista, ya que en numerosas ocasiones se conocen por medio de los medios y no definen rigurosamente la realidad, creando estereotipos y tópicos que la sociedad percibe de manera errónea.

Muchos de los planes que se plantean tienen que ver con la seguridad y persecución del tráfico ilegal de drogas, habiendo necesidad de actuar más profundamente para su erradicación.

Otro rasgo que me ha llamado la atención es la aceptación que tienen casi todas las drogas en la población juvenil, exceptuando la heroína. En su gran mayoría, son sustancias que se han normalizado en la vida de los adolescentes y el consumo no es juzgado con severidad.

Podemos ver como todos los fines de semana miles de jóvenes hacen botellón, fuman tanto tabaco como cannabis, y en ocasiones consumen otras sustancias más "duras", es algo cada vez más frecuente y que la gente lo asocia con lo "normal". Para intentar lidiar con el problema, creo que es necesario que se afronte el tema desde un enfoque familiar y sistémico, ampliando el campo de actuación y teniendo una visión más completa del problema y de la solución con la que se va a responder.

Respecto a las drogas en la adolescencia/juventud:

Para la elección de este tema me he basado principalmente en la gran presencia que tienen las drogas en la actualidad y los problemas que están generando, cada vez más frecuentes. Además de tener interés por conocer el consumo de drogas, me llamó la atención en mayor medida cuando se relaciona con la práctica de deportes, en este caso sobre todo con el esquí.

Se puede apreciar que el consumo de drogas empieza a incrementarse en la adolescencia, etapa en la que no está adquirida de forma total nuestra personalidad y nuestros hábitos, en la que existe una mayor influencia de la sociedad, y por lo tanto, es en la etapa donde creo necesario realizar un buen plan de prevención para conseguir que no se consuman sustancias psicoactivas, o que se lleve a cabo lo más tarde posible. La información a estas edades es primordial, se deben adquirir herramientas clave para enfrentarse de una manera adecuada.

Para conseguirlo se deben reducir riesgos, hacerlos más visibles, de la mano de proyectos de proximidad como el planteado entre grupos de iguales, ya que entre los jóvenes y adolescentes existe una desconfianza hacia las instituciones y los adultos, piensan que se les prohíben estas prácticas, no porque sean malas, sino para cortar sus alas, se presentan como agentes amenazadores. Por ello si se realiza de la manera indicada, tiene más credibilidad, y será significativamente superior la recepción positiva de la información sobre las drogas en los adolescentes.

Para que se realice de una manera adecuada esta reducción de riesgos, es necesario formar a los trabajadores de una manera precisa. Necesitan unos conocimientos específicos en relación al consumo de

sustancias, sabiendo que es importante incorporar al grupo de iguales como interlocutor primordial del discurso, deben hacerlo participe, es decir, actuar de una manera más colectiva, dirigiéndose a las culturas generales de consumo.

“Entre las personas consumidoras de drogas en espacios de ocio nocturno, y más allá de la experiencia propia, transmitir información entre iguales destaca siempre como la primera vía de adquisición de informaciones consideradas como fiables sobre drogas, operando en forma de experiencia compartida. En este sentido, se hace patente que las informaciones de reducción de riesgos operan en el mismo espacio de confianza que ocupan las experiencias compartidas sobre sustancias psicoactivas” (Faura, 2007).

Respecto al trabajo social:

Actualmente, la mayoría de las actuaciones relacionadas con el consumo van dirigidas al individuo. Buena parte de las políticas de prevención y reducción de riesgos, están enfocadas a las capacidades individuales de la toma de decisiones y de la gestión de los riesgos, sin darse cuenta de que en la mayoría de ocasiones es mejor actuar desde un contexto global, centrado en la responsabilidad colectiva, que implique a los grupos de iguales, y sobre todo si hablamos de consumo en espacios de ocio y fiesta.

“De este modo, ante la idea de que es necesario capacitar a los individuos para que logren determinados valores que los responsabilicen de su consumo de forma individual, tal vez haría falta dirigirse a las “culturas” grupales de consumo y a la adquisición de responsabilidades colectivas” (Faura 2007).

Esto sucede, en parte, porque es difícil enmarcar la labor del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias. Esto sucede, en parte, porque es difícil enmarcar la labor del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias, y en muchas ocasiones, se busca la mejora del drogodependiente desde el ámbito sanitario, en el que en numerosas ocasiones, el trabajador social queda fuera, ya sea por circunstancias políticas, burocráticas o normativas, se le ubica fuera de las profesiones sanitarias, y por tanto, su trabajo queda limitado a atender demandas puntuales de información y asesoramiento y queda fuera de la intervención integral del usuario.

Aunque se complementan todos los profesionales, y se trabaja de manera multidisciplinar, ayudando así a la mejora del usuario, no existe un reconocimiento igualitario por parte de los profesionales que intervienen en el proceso de mejora de una persona drogodependiente. Esto se debe a que la atención se centra en los tratamientos terapéuticos únicamente, es decir, en la atención clínica, que suele estar impartida por psicólogos, médicos y enfermeros.

Por todo lo anterior, el hecho de que la profesión de trabajador social no se considere sanitaria, imposibilita que, oficialmente se permita acceder a los datos de los pacientes por temas de confidencialidad y alta sensibilidad, haciendo más complicado el trabajo a desempeñar. Además, los trabajadores sociales diariamente tratan con informaciones del mismo tipo, y cuando se habla de usuarios que acuden a los servicios de atención, al igual que los pacientes que acuden a servicios clínicos, se habla de personas amparadas por la misma legislación, donde la ley de protección de datos y la ética es igual en todas las profesiones y garantiza la misma confidencialidad. Con esto lo que quiero decir, es que se trata de las mismas personas (drogodependientes) y que acuden de igual manera al médico, psicólogo y trabajador social, por lo que debería ser: mismas personas, misma problemática y mismos datos (siempre protegidos).

He de añadir, que la profesión del trabajador social en ente ámbito de las drogas es necesaria, ya que dentro de esta interdisciplinariedad, son los que apoyan aspectos sociales, familiares y comunitarios, a través del acompañamiento social y la relación de ayuda. Para ello, fomenta las coordinaciones con otras entidades sociales, es conocedor de recursos y de la gestión de estos, y también proporciona una rehabilitación y reinserción social del usuario.

Es importante que existan modelos de intervención social aplicados por trabajadores sociales, ya que permiten comprender lo que ocurre, orientan y guían la práctica profesional, fundamentan dicha práctica, y recogen datos para elaborar hipótesis, eligen, estrategias y técnicas que solucionen los problemas que se han encontrado.

Después de realizar este trabajo he sacado en claro que las funciones principales del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias, se basa en las funciones de acompañamiento de la persona con problemas de drogas y la relación de ayuda que se les da, además de la gestión, aunque limitada, de recursos. Y que quizás sea cierto, que en muchas ocasiones no se encasilla al trabajador social con sus funciones porque tiene muchas labores administrativas de despacho, por lo que tiene menos visibilidad a hora de hablar de las funciones más propias de la profesión.

Desde mi punto de vista, para conseguir concienciar a otros de la importancia del trabajo social, es necesario establecer protocolos que unifiquen los criterios de este, proponiendo así espacios de comunicación y la adaptabilidad de modelos de intervención para las personas atendidas en función de las necesidades de cada una. Además de que sería necesaria más implicación política a la hora de hablar de esta problemática de adicciones y lo que supone desde el Trabajo Social.

7. BIBLIOGRAFÍA:

- Álvarez, G. (2017). Hipnosedantes, la droga 'legal' de los padres españoles. Vice. Recuperado de: <https://www.vice.com/es/article/ez8akn/hipnosedantes-la-droga-legal-de-los-padres-espanoles>
- Asociación de familias contra las drogas. (2017). I carrera Valle de Benasque por la Salud. Recuperado de: <http://www.familiascontralasdrogas.org/>
- Ayuntamiento de Fraga. Asociaciones culturales y sociales. Recuperado de: <http://www.fraga.org/fraga-tematico/cultura-y-ocio/asociaciones-culturales-y-sociales>
- Cascardo, e. (2012). Adicciones Comportamentales. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/centroima/adicciones-comportamentales>
- Castellana, M. y Lladó, M. (1999). Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. Recuperado de: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v24n2_2.pdf
- Diócesis de Huesca, Caritas. Centro de solidaridad- drogodependencia. Recuperado de: <http://caritashuesca.org/programas/csi.htm>
- Diputación General de Aragón (1986). El consumo de drogas en Aragón. Epidemiología, Motivaciones y Factores de Riesgo. Zaragoza: Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar y Trabajo.
- FAD (Fundación Ayuda contra la Drogadicción). Sustancias Estimulantes. Recuperado de: <http://www.fad.es/sustancias>
- FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). (2006). Libro jóvenes, valores y drogas. Madrid.
- FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). (1996). Manual del animador. Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Madrid.
- Faura, R. (2007). El ocio nocturno y la reducción de riesgos. Recuperado de : http://spora.ws/fichero/1357721565.fichero_cast_fichero.tbl_proyectos.
- Galbe, J. (2003). Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Grupo PrevInfad. Recuperado de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/tabaco-alcohol-drogas>
- García Ramos, J.M. y PÉREZ JUSTE, R.(1989): Diagnóstico, evaluación y toma de decisiones. Rialp. Madrid
- Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo (2009). Cartera de servicios de los Centros de Prevención Comunitaria. Recuperado de: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/Adicciones/DirectorioRecursos/Cartera%20de%20servicios%20de%20los%20centros%20de%20prevenci%C3%B3n%20comun.pdf>

- Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. (2017). Diagnóstico inicial de Aragón y recursos existentes en materia de prevención y atención de adicciones. Recuperado de: <file:///C:/Users/sanig/Desktop/Diagonóstico%20inicial%20Taller%20nº1.pdf>
- Gómez, J.A., Fernández, N., Romero, E., y Luengo, A. (2007). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/727/72720206/>
- Gutiérrez, A. (2007). Drogodependencias y Trabajo Social. Madrid: Ediciones Académicas.
- Hourmilogué, M.(1997). Drogen. Organización mundial de la salud Recuperado de: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España. Recuperado de: <http://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=54102>
- Ivan M, (2014). El alcohol en pistas, un problema recurrente. Recuperado de: <https://www.nevasport.com/noticias/art/41452/El-alcohol-en-pistas-un-problema-recurrente/>
- Jiménez Fernández, A (2016). El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid. Madrid.
- La Ribagorza es Pirineo. Graus. Recuperado de: <http://www.turismoribagorza.org/es/planifica-tu-visita/nuestros-municipios>
- La Ribagorza. Recuperado de: http://bonansa.aragon.es:81/iaest/fic_mun/pdf/04.pdf
- Lopez, M. (2015). Adicciones Comportamentales. Recuperado de: <http://agrajer.org/adicciones-comportamentales/>
- Martín, V. M. (2009). Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social. Málaga: Ediciones Aljibe.
- M., I. (2014). El alcohol en pistas, un problema recurrente. Nevasport. Recuperado de: <https://www.nevasport.com/noticias/art/41452/El-alcohol-en-pistas-un-problema-recurrente/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017-2024). Estrategia Nacional sobre adicción. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
- Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.(2014). Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª edición). Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf&ved=2ahUKEwiBwovnq_jaAhWMvhQKHUXHClUQFjAAegQICRAB&usg=AOvVaw04zTmUs3DxrrI7IRAROMfA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES (2015). Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). EDADES 2015/2016. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2015-2016_ENCUESTA_SOBRE_ALCOHOL_Y_OTRAS_DROGAS_EN_ESPANA.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Madrid (2018). ESTUDES 2016/2017. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Presentacion.pdf
- Nº 118. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social social en materia de drogodependencias. BOE (17 de mayo de 2001). Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ar-l3-2001.html
- Ochoa, E. Aspectos diferenciales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Universidad de Alcalá, Madrid, Recuperado de: <http://www.drogasextremadura.com/archivos/Aspectos-diferenciales-trastornos-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
- Organización Mundial de la Salud. (1986)
- Popham, W.J.(1980): Problemas y técnicas de la evaluación educativa Anaya: Madrid.
- Sobrarbe. Recuperado de: [sobrarbehttp://bonansa.aragon.es:81/iaest/fic_mun/pdf/03.pdf](http://bonansa.aragon.es:81/iaest/fic_mun/pdf/03.pdf)
- Souto Kustrín, S. (2007) Juventud, Teoría e historia: La Formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. Recuperado de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/162771/1/208-783-1-PB.pdf>
- Taguenga, J. (2009).Concepto de juventud. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032009000100005&script=sci_arttext&tlang=en
- UNESCO. (2017). La UNESCO: trabajando con y para los jóvenes. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>

ANEXOS:

- **PRIMER CUESTIONARIO QUE SE REALIZÓ.**

1- Sexo:

- a. Mujer
- b. Varón

2- Edad (en años):

3- ¿Cuál es tu nacionalidad?

4- ¿En qué ciudad vives actualmente?

5- ¿En qué provincia vives actualmente?

6- ¿Con quién vives? Puedes marcar más de una opción.

- a. Padre
- b. Madre
- c. Abuelo
- d. Abuela
- e. Hermano (s)
- f. Compañeros de piso
- g. Otros: _____

7 -¿Estudias?:

- a. Sí.
- b. No.
- c. No sabe/no contesta.

En caso de contestar sí a la pregunta anterior, si contesta no, pasar a la pregunta 10.

8-Tipo de centro en el que estudias:

- a. Público
- b. Privado
- c. Concertado

9-¿Estudias?

- a. ESO
- b. Bachiller
- c. FP
- d. Universidad
- e. Otros: _____

10-¿Trabajas actualmente?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe/No contesta

En caso de contestar sí a la anterior pregunta:

11- ¿Trabajas a?

- a. Jornada parcial
- b. Jornada completa

- c. Jornada temporal

12- ¿Qué entiendes por droga? (Respuesta múltiple):

- a. Sustancia perjudicial o tóxicas
- b. Sustancia que altera al organismo.
- c. Sustancias que provocan la necesidad de consumirla continuamente
- d. Sustancia que relajan y ayudan a olvidar los problemas personales
- e. Sustancia sociables
- f. Sustancias de consumo social (fiesta, festivales, bares...)
- g. Otros: _____

13-¿Qué piensas sobre el consumo de drogas? (Respuesta múltiple):

- a. Beneficioso
- b. Perjudicial
- c. Sociables
- d. Peligroso
- e. Terapéutica
- f. Llamativa
- g. Experimentar nuevas emociones
- h. Otros: _____

14-¿ A qué edad piensas que el consumo de drogas es mayor?:

- a. 12 a 14
- b. 15 a 18
- c. 19 a 25
- d. 26 a 35
- e. 36 a 50

- f. 51 a 65
- g. Otros: _____
- h. No sabe/No contesta

15-¿Piensas que las personas con las que te relacionas habitualmente consumen algún tipo de droga?:

- a. Si
- b. No
- c. No sabe/No contesta

Si contesta sí:

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Alguna vez
4. Rara vez

16- Segúin tu opinión, ¿qué factores consideras que influyen en el consumo de drogas? (Respuesta múltiple):

- a. Falta de empleo.
- b. Baja moral.
- c. Falta de necesidades básicas.
- d. Falta de educación.
- e. Otros: _____

18- ¿Has recibido información sobre el consumo de drogas en tu centro educativo (colegio, instituto, universidad)?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

17-¿Crees que debería haber más información?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

18-¿En algún momento de has probado algún tipo de droga?(Si es por receta médica, contestar no):

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

Si contesta no ir a la pregunta 28

19-En caso de contestar sí, ¿qué drogas has consumido?, respuesta múltiple:

- a. Tabaco
- b. Alcohol
- c. Cocaína
- d. Crack
- e. LSD
- f. Cannabis
- g. Heroína
- h. Otras

20-De las drogas que has marcado antes ¿a qué edad empezaste a consumirlas?:

- a. 12 a 14
- b. 15 a 18
- c. 19 a 25

- d. 26 a 35
- e. 36 a 50
- f. 51 a 65
- g. Otros
- h. No sabe/No contesta

21-¿Las puedes conseguir fácilmente?:

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

22-¿Con qué frecuencia las consumes?: Respuesta múltiple

- Tabaco:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

- Alcohol:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

- Cocaína:

- a. Cada día

- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

- Crack:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

- LSD:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

- Cannabis:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana
- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes

- Heroína:

- a. Cada día
- b. Una vez a la semana
- c. 2 o más veces a la semana

- d. Una vez al mes
- e. 2 o más veces al mes.

23-¿Dónde consumes las drogas?, respuesta múltiple:

- a. En casa
- b. En el trabajo
- c. En el centro de estudios
- d. En el bar
- e. En tu tiempo libre
- f. Otros: _____

24-¿Cuáles han sido las causas que te han llevado a consumir?, respuesta múltiple:

- a. Problemas familiares
- b. Presión de grupo
- c. Diversión y curiosidad
- d. Excitación por hacer cosas prohibidas
- e. Otras

25-¿Qué consecuencias ha tenido el consumo?, respuesta múltiple:

- a. Alteración del humor
- b. Problemas familiares/relacionales y sociales
- c. Adicción
- d. Problemas cardiovasculares
- e. Problemas respiratorios
- f. Conductas antisociales
- g. Otros

26-¿Has pensado/intentado dejar el consumo de drogas?:

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

27-En caso de contestar si, ¿has tenido ayuda para dejarla?:

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

28-¿Realizas algunas de estas actividades? Respuesta múltiple:

- a. Fútbol
- b. Baloncesto
- c. Tenis
- d. Senderismo
- e. Escalada
- f. Esquí
- g. Otros:_____

29-En caso de haber marcado alguna, indica con qué frecuencia la prácticas:

- a. Semanalmente
- b. Diariamente
- c. Mensualmente
- d. Anualmente
- e. Otros

- f. No sabe/No contesta

30- ¿Has consumido drogas en la práctica del deporte?:

- a. Sí
- b. Rara vez
- c. Habitualmente
- d. Siempre
- e. No
- f. No sabe/No contesta

31-En caso de haber respondido sí a la actividad de esquí, ¿En qué estación de esquí sueles hacerlo?:

- a. Panticosa
- b. Valdelinares
- c. Formigal
- d. Astún
- e. Candanchú
- f. Javalambre
- g. Otros

32-¿Qué soluciones plantearlas ante la problemática social del consumo de drogas?, respuesta múltiple:

- a. Legalización
- b. Más carga policial
- c. Más información u orientación (charlas, debates, presentaciones...)
- d. Normalización
- e. Otras
- f. No sabe/No contesta

