



Guía de **ISORA**

Créditos

Dirección y Coordinación institucional: M^a Belén Expósito Hernández.

Coordinador general: Ángel Pérez Acosta.

Asesor: Miguel Ángel Perdomo Guerra.

Diseño gráfico: Elena Martín Mederos.

DIAGNÓSTICO CUANTITATIVO.

Dirección, elaboración y redacción del Diagnóstico: Tomás Domingo González Hernández

Webmaster: M^a del Pilar González Hernández

Aplicación TecnoStat y tratamiento de Datos Estadísticos: Almudena Bada Morellón

Equipo de Encuestación: Miriam González Siverio, Isabel Lorenzo Gómez, Rosa Mora González y Mercedes Monreal Alayón

Índice.

Introducción	7
1. Marco geográfico y demográfico	8
2. Justificación	10
3. Antecedentes	10
4. Marco Teórico	13
4.1. Modelo ecológico:	14
4.2. Modelo biopsicosocial:	15
4.3. Modelo de competencia social:	15
4.4. Modelo comunitario:.....	15
5. MARCO LEGISTALIVO.....	15
5.1. Ámbito Internacional.....	16
5.2. Ámbito Nacional.....	23
5.3. Ámbito Autonómico	25
5.4. Ámbito Insular.....	30
5.5. Ámbito Municipal.....	31
6. Objetivo general del Plan.....	37
7. Principios Generales del Plan.	37
8. Áreas de actuación del Plan	38
8.1. Reducción de la demanda.....	39
8.2. Reducción de la oferta de las drogas.	40
8.3. Área de Asistencia e Integración Social.	40

8.4. Área de formación.....	40
8.5. Áreas de apoyo.	40
9. Ámbitos de actuación, programas y objetivos.....	40
9.1. Área: Reducción de la demanda.....	40
9.1.1. Prevención.....	41
9.1.1.1. Ámbito escolar.	41
9.1.1.2 Ámbito familiar.....	43
9.1.1.3. Ámbito de ocio y tiempo libre.....	44
9.1.1.4. Ámbito laboral.....	45
9.1.1.5. Ámbito de los medios de comunicación.	45
9.1.1.6. Ámbito comunitario.	46
9.1.2. Disminución del riesgo y reducción de daños.	46
9.2 Área: Reducción de la oferta de drogas.....	47
9.3.Área: Asistencia e integración social	48
9.4. Área: Formación.....	48
9.5. Área: Coordinación, participación e investigación.	49
10. Plan Operativo General.	50
11. La evaluación.....	53
ANEXO 1. DIAGNÓSTICO CUANTITATIVO.....	56
ANEXO 2. ANÁLISIS CUALITATIVO: GRUPO DE DISCUSIÓN.	135

Presentación del Alcalde.

No deja de ser paradójico que como alcalde, haga el saludo de una actividad que el Gobierno de España no considera un asunto de competencia municipal. El limitar la posibilidad de actuación en el ámbito de la salud, y la exclusión de los ayuntamientos de las políticas de juventud, dejan los programas de prevención contra las drogas en un cierto “Terreno de nadie” o al menos como digo, no municipal. Ni la austeridad económica, ni criterios ideológicos o de pragmatismo administrativo justifican esta medida. Es una realidad el consumo de drogas, como un fenómeno permanente en nuestra sociedad, la ampliación de fenómeno a todos los campos sociales y edades, especialmente las juveniles, y la ampliación del espectro de sustancias que alteran nuestro comportamiento y crean adicción.

Cualquier esfuerzo de tratamiento es importante, pero no lo es menos la necesaria y constante prevención del consumo. Este último es nuestra principal motivación. Como institución pública más próxima al ciudadano no podemos ni queremos hacer dejación de esta responsabilidad. Lo continuaremos promoviendo, más allá de debates competenciales y de Leyes más preocupadas por organigramas administrativos que por la lacerante realidad de este fenómeno global: el consumo de drogas.



Pedro Manuel Martín Domínguez
Alcalde de Guía de Isora

Presentación de la Concejal de responsable del Plan.

El Ayuntamiento de Guía de Isora, consciente de las necesidades y demandas de la comunidad presenta el resultado de un proceso reflexivo, participativo y dinámico que ha dado como fruto este primer Plan municipal sobre Drogas.

Este Plan es la culminación de un camino que partió del diagnóstico, del análisis de la situación y la dinámica social, y de la valoración de los recursos y competencias en materia de drogodependencias que puede desempeñar el gobierno municipal. Desde esta información veraz, desde un conocimiento cualitativo y cuantitativo de la realidad, se ha diseñado este documento que tiene como fin primero la optimización y el garantizar una atención integral a la ciudadanía en materia de atención al consumo de sustancias y los riesgos que ello conlleva.

Para la redacción de este Plan ha sido fundamental la predisposición y la colaboración de la comunidad en el aporte de información a través de las encuestas y los grupos de discusión realizados, y de numerosos agentes sociales y empleado/as municipales que han contribuido en la recogida de datos y han aportado una información veraz y cercana desde su experiencia directa.

La corporación local, consciente de las limitaciones presupuestarias y de la injusta y antisocial reducción de las competencias municipales en esta materia, considera que para la consecución de los objetivos previstos en este Plan es fundamental la colaboración y coordinación de los recursos sociosanitarios, educativos, policiales, y la labor de colectivos y asociaciones que contribuyan a la formación, información y disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

Este primer Plan municipal sobre drogas del Ayuntamiento de Guía de Isora nace con el fin de ser una herramienta, una guía revisable, dinámica y práctica, un instrumento al servicio de todos y todas que recoja la sistematización de estrategias y de líneas de actuación más eficaces en la intervención en drogodependencias y en la promoción del bienestar comunitario que mejor redunden en la calidad de vida de la población.



María de los Ángeles González Rodríguez

Concejala del Ilustre Ayuntamiento de Guía de Isora

Introducción

La comunidad científica distingue tres tipos de comportamiento de consumo, independientemente del tipo de sustancia que se consuma, sea ilícita o no. Así encontramos: el uso, el abuso y la dependencia.

El uso es una modalidad de consumo que en las que no son probables las consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o su entorno, bien sea por la sustancia consumida, por la cantidad o por las circunstancias en las que se produce el consumo, encontramos en esta modalidad de consumo el consumo experimental u ocasional que realizan generalmente los jóvenes por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás, se trata pues de un consumo ocasional y moderado.

El abuso, hablamos de abuso de drogas cuando se hace un uso inadecuado de las mismas, que compromete física, psicológicamente o socialmente la evolución de la persona o de su entorno, esta modalidad de consumo no se refiere únicamente a la cantidad de consumo en una sola vez, ni a la repetición de un consumo moderado.

Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad de la sustancia consumida, los daños para la salud (riesgos sanitarios), que provocan en el individuo un deterioro de su estado físico, agrava determinados trastornos o da lugar a muertes prematuras. También se relaciona con las consecuencias sociales del consumo (riesgos sociales), el consumo abusivo de una sustancia es nocivo cuando puede conllevar daños para el consumidor o para quienes le rodean, en este tipo de riesgo también se contemplan en comportamientos adictivos como la ludopatía.

Existen dos tipos de dependencia, la física y psicológica, que se pueden relacionar o no, y que se desarrollan tras un periodo de consumo variable. El tipo y el grado se dará en relación con la droga, las características del agente y los comportamientos adictivos y de consumo que se mantengan. La dependencia física se define cuando el organismo reclama la sustancia a través de síntomas físicos como sudores, agotamiento, temblores, náuseas, vómitos. La dependencia psicológica de una droga o un comportamiento adictivo provoca sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a

la depresión, este tipo de dependencia explica en gran medida las recaídas, ya que el individuo debe una vez finalizado el consumo de sustancias o el comportamiento adictivo adaptarse a una nueva forma de vida y nuevas rutinas, en un proceso es lento que implica la adquisición de nuevas habilidades y nuevos comportamientos no relacionados con el consumo o comportamiento anterior.

1. Marco geográfico y demográfico

El municipio de **Guía de Isora** se encuentra ubicado en el suroeste de Tenerife, siendo uno de los cuatro de mayor extensión de la Isla, ocupando una superficie de 143'43 km². Cuenta con un total de 17 núcleos de población repartidos principalmente en tres franjas bien diferenciadas:

- **Zona de costa**, donde se concentran los núcleos de reciente creación como Cueva del Polvo, Fonsalía, Agua Dulce, Piedra Hincada y otros más antiguos como Alcalá y Playa de San Juan.
- **Zona de medianías**, en la que se encuentran los núcleos de mayor tamaño junto a los dos principales de la costa y que constituyen asentamientos urbanos bastante más antiguos como Guía de Isora que es la capital municipal, situada a unos 580 metros sobre el nivel del mar, Chío, Tejina.
- **Zona alta**, en la que se concentran varios núcleos más pequeños, pero que también constituyen asentamientos antiguos que configuran núcleos de carácter rural como Aripe, Chirhe, Chiguergue, el Jaral, Acojeja, Vera de Erques.

Guía de Isora comparte la estructura geográfica de los municipios de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, es decir, va desde el mar hasta la cumbre, por lo que abarca muy diferentes ecosistemas que han sido tradicionalmente aprovechados por la población local. Está separado de Adeje al sureste por un accidente natural, el Barranco de Erques; por el noreste y el este entra en el Parque Nacional de Las Cañadas del Teide, desde Boca Tauce a La Mancha Ruana; por el noroeste linda con Santiago del Teide, y posee 15 kilómetros de costa.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el padrón municipal correspondiente a 2012 viven en el municipio de Guía de Isora 20.387 habitantes, con una pirámide de edad equilibrada.

Por franjas de edad, esta población se divide en:

Franja edad	Guía de Isora. Hombres	Guía de Isora. Mujeres
0-4	442	457
5-9	543	463
10-14	570	568
15-19	530	546
20-24	617	676
25-29	678	667
30-34	845	839
35-39	919	868
40-44	925	907
45-49	881	852
50-54	704	661
55-59	600	634
60-64	535	544
65-69	537	488
70-74	388	396
75-79	316	331
80-84	162	207
85-89	69	99
90-94	20	38
95-99	3	9
100 y más	0	3

2. Justificación

Intervenir en drogodependencias requiere una acción multidimensional que aborde desde un análisis micro la figura del individuo, consumidor o no, su entorno familiar, educativo, laboral y desde un enfoque macro parámetros como dinámica social o económica. La eficacia y eficiencia de una estrategia en materia de consumo de sustancias debe atender a condicionantes individuales, influencias interpersonales y sociales con el entorno inmediato y por último influencias ambientales o de dinámica social.

El Plan Nacional sobre Drogas reconoce que “los Ayuntamientos, como ente administrativo más cercano al ciudadano, tienen un papel primordial en la intervención ante las drogodependencias. Es en este marco competencial donde surge la necesidad de crear Planes municipales sobre drogas, que deberían ajustarse a las líneas prioritarias de actuación establecidas en los diferentes Planes Autonómicos”.

Por su parte, la Federación Española de Municipios y Provincias (*FEMP*) incide en la necesidad de que todo municipio cuente con un Plan Municipal de actuación en materia de drogodependencias que encuadre las distintas actuaciones sectoriales (educativas, sociales, sanitarias, formativas e informativas).

El Plan municipal sobre drogas del Ayuntamiento de Guía de Isora supone la articulación de los recursos del municipio con el fin de estructurar las actuaciones que se desarrollen a favor del ciudadano en materia de drogodependencias.

Este Plan se constituye como un proceso abierto y adaptativo, un instrumento de planificación constante, un proceso circular e interactivo, que pretende como objetivo general potenciar los factores de prevención y reducir la incidencia de los factores de riesgo en la población isorana.

3. Antecedentes

El municipio de Guía de Isora desde 1996 desarrolla actuaciones en materia de drogodependencias desarrollando proyectos y programas de intervención social y que

han configurado una serie de acciones que han favorecido la creación de comisiones formadas por técnicos municipales, representantes de instituciones educativas y representantes de centros de salud con el fin de elaborar líneas de actuación en materia de prevención, entendiendo que solo desde la participación de todos los agentes implicados se puede potenciar la efectividad de las acciones preventiva.

Es en 1996 cuando se iniciaron foros de debate sobre el problema de las drogodependencias, cursos-seminarios dirigidos a los docentes de secundaria, ciclos de charlas destinado a la población general que se mantiene en la actualidad, así como sesiones de formación a profesionales que trabajan directamente con grupos de población joven, con la intención de minimizar los factores de riesgo relativos al consumo de drogas, ampliándose en años posteriores al desarrollo de hábitos de vida saludable.

En Abril de 1997 cuando el municipio de Guía de Isora contaba con una población total de 12.486 habitantes de los cuales 4.217 eran jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 30 años se establecen reuniones con personas “claves”, asociaciones de madres y padres, asociaciones juveniles y fuerzas de seguridad a fin de obtener información sobre la percepción del problema, posibles alternativas y dificultades en el trabajo desarrollado en materia de prevención.

En este marco de acciones encaminadas a la promoción de la salud y la consolidación de las mismas se desarrollaron en años sucesivos diversos proyectos y estudios que pretendían responder a la demanda realizada por la población a la vez que recoger a través del desarrollo de los proyectos necesidades específicas. Algunos de los proyectos realizados fueron: **Proyecto Chaval**, en 2003, se pone en marcha ese mismo año en colaboración con Fundación Cesica - Proyecto Hombre al programa los programas escolar y familiar. **“ENTRE TODOS”** y **“A TIEMPO”**.

Otros proyectos desarrollados son: proyecto de prevención de las drogodependencias: **“Busca tu hobby, ni drogas ni violencia”**, en 2004 el estudio: **Isora Joven y Saludable**; 2006 proyecto dirigido a la población joven **“Noches alternativas”** cuyo principal objetivo se centraba en evitar la asociación DROGAS=DIVERSION en la población joven y ofertar un ocio nocturno saludable; en 2007 comienza la implementación del programa **“ROMPECABEZAS”** proyecto de prevención dirigido a alumnado de escuelas taller. Desde 2005 se desarrollan diversos proyectos en el ámbito de la prevención de la Salud dirigidos a la población en general y un proyecto específico dirigido a la población joven centrado en la mejora de la oferta de ocio alternativo y saludable para jóvenes: **“TRABAJANDO DESDE LA PREVENCIÓN COMUNITARIA”**

En 2007-2008 se realiza el Diagnóstico específico de drogodependencias: Encuesta domiciliaria sobre drogas, el objetivo general de este estudio fue el de diagnosticar el consumo de drogas en el municipio de Guía de Isora, empleando una encuesta con una muestra muy extensa y representativa de los habitantes entre 15 y 65 años de edad.

Además, se propusieron como objetivos específicos:

- Favorecer el conocimiento sobre las pautas y tendencias de uso y abuso de las drogas por parte de la población de Guía de Isora.
- Identificar aquellas condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas: los **factores de riesgo**.
- Buscar y potenciar factores que disminuyen la probabilidad de dicho consumo: los **factores de protección**.
- Potenciar la integración de los principios, objetivos y criterios básicos de actuación en la atención a las drogodependencias en el municipio de Guía de Isora.
- Elaborar un documento que responda a las demandas que el municipio de Guía de Isora tiene sobre las problemáticas relacionadas con las drogas y las conductas adictivas.

Este estudio se conformó como primer paso hacia la coordinación de todas las acciones de prevención, que se pretenden aglutinar en este Plan municipal sobre drogas y promoción de la salud, ya que se entiende que sólo desde la **evidencia científica** se puede valorar la situación real y la priorización de necesidades, que permita fundamentar de forma objetiva las propuestas de actuación presentes y futuras en materia de prevención de drogodependencias.

En Enero de 2009 se crea Agenda 21, un órgano consultivo, de información, debate y consenso que favorece la participación de todos los ciudadanos de Guía de Isora, y representa un marco idóneo para la planificación de las acciones enmarcadas en un para la promoción de la Salud. Agenda 21 permite establecer un **equipo de trabajo multidisciplinar**, conformado por técnicos municipales y diversas mesas de trabajo compuestas por representantes de colectivos municipales, entendiendo la necesidad del **trabajo en red** y potenciar los recursos ya creados se propone la realización de estas acciones desde el foro del Consejo Local de Medio Ambiente (Agenda 21) que entre otras una de sus funciones es: “...la planificación, el desarrollo y la evaluación de estrategias y actuaciones con incidencia en el medio ambiente, *la calidad de vida*, la habitabilidad y el grado de sostenibilidad del municipio.” Este objetivo se entiende

como las acciones dedicadas a la promoción de la salud en todos los ámbitos.

En el periodo de 2012 a 2013 y con el fin de obtener un análisis cualitativo de la situación actual del municipio, se convocan grupos de discusión que permiten reunir una muestra estructural de individuos con características propias para que se manifiesten e interactúan entre sí a partir de sus vivencias y experiencias. La interacción de los participantes arroja una información valiosa de la estructura, dinámica y modelos sociales en materia de Drogodependencias. Según el creador de esta técnica, Jesús Ibañez, el producto del grupo de discusión es un discurso grupal, que para el análisis, interesa más que el habla individual o la entrevista individual.

4. Marco Teórico

El desarrollo de este Plan y el proceso que conlleva tiene sentido en un marco teórico de referencia, y un modelo que guíe los programas, proyectos y las intervenciones que se pretenden realizar. El fenómeno de las drogodependencias es un fenómeno multifactorial y multicausal y su intervención requiere del desarrollo de factores de prevención y la disminución de los factores de riesgo tomando como partida el desarrollo personal y colectivo a fin de promover la salud.

El marco de referencia que ha guiado la elaboración de este Plan se ha basado en:

El concepto de Protección de la salud.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud que exige a los Países miembros tres tipos de obligaciones:

- Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

El término de Protección de la salud se puede entender como una pieza

fundamental en la salud pública junto a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y se define como la protección de aquellos riesgos y fuentes de peligro para la salud física y mental del ciudadano y a la preservación del entorno saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana.

El concepto de Educación para la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, se concibe la Educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas *deseen* estar sanas, *sepan* cómo alcanzar la salud, *hagan* lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y *busquen* ayuda cuando la necesiten.

Por tanto, La Educación para la Salud (EpS) es el marco de referencia que promueve la ejecución de este Plan y se define como un proceso intencional por el cual se pretende influenciar sobre las personas para que su comportamiento sea más saludable, con una intervención que no sólo se dirige al desarrollo de las capacidades del individuo, sino que interviene sobre el ambiente para reforzar las características positivas de éste, que contribuyen a mantener estilos de vida saludable y a modificar factores negativos que lo impiden, favoreciendo el bienestar global.

A partir de este marco general, el Plan combina distintos modelos metodológicos que permitan concretar y alcanzar el objetivo general.

4.1. Modelo ecológico:

Recoge la importancia de orientar la intervención hacia la interacción de la persona y su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles que rodean a los individuos. Entiende al individuo inmerso en una serie de espacios de relación más o menos cercanos, sobre los que es preciso intervenir en su conjunto si queremos conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas.

Los distintos niveles donde se mueve una persona podrían representarse como círculos concéntricos, donde el más cercano sería el de los espacios primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y el más lejano sería el de las condiciones macrosociales, políticas y económicas. Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de la persona de forma más o menos directa, interrelacionándose entre si y, por lo tanto, todos tienen que ser considerados para entender un fenómeno social como el de las drogodependencias. De esta manera, hay que tener en cuenta tres grandes elementos que se encuentran interrelacionados: la sustancia (tipo de sustancia, efecto, potencia, vía de consumo), el sujeto (factores psíquicos y psicosociales) y el medio (la valoración social de las drogas, condiciones sociales generales).

4.2. Modelo biopsicosocial:

Destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social.

Una de las principales aportaciones de este modelo es el concepto de "factor de riesgo", que se entiende como el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales, sociales o relacionados con la sustancia, que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en el consumo de drogas.

Desde este modelo, la acción debería incidir en la reducción de factores de riesgo.

4.3. Modelo de competencia social:

Este modelo se centra en la potenciación de las capacidades de las personas y las comunidades para la solución de sus problemas, pone el interés en la conceptualización positiva de la salud y la focalización de las competencias existentes más que en los déficits de los individuos o de los grupos. Este modelo se centra en actividades diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socioemocionales que proporcionarán comportamientos más adaptativos y, por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales.

4.4. Modelo comunitario:

Supone asumir el influjo de los contextos microsociales (la familia, el grupo de amigos, el barrio, etc.) en el origen y/o evolución del fenómeno y aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, debido a la importancia de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad. Se interviene a partir del compromiso conjunto de los y las responsables políticos (que han de respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y coordinación), las y los profesionales (dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

5. MARCO LEGISTALIVO

La elaboración de este Plan se fundamenta y sigue las directrices de los siguientes ámbitos legislativos:

5.1. Ámbito Internacional.

La Carta Social Europea, aprobada por el Consejo de Europa en 1961 y ratificada por España en 1980

Establece que toda persona tiene a beneficiarse de cuantas medidas le permitan de gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar, para el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directa o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: Eliminar, en lo posible las causas de una salud deficiente, Establecer los servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras (art .11). Además de los anterior también establece derecho a los beneficios de los servicios sociales para garantizar el derecho efectivo las partes contratantes se comprometen a fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos de la comunidad, así como a su adaptación al medio o entrono social estimulando la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios. (art. 14)

El Tratado CONSTITUTIVO DE LA UNIÓN EUOPEA referente a la salud pública, propone que debe definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana (art. 152)

La acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias.

La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las

responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica.

Título VI de COOPERACIÓN POLICIAL Y JUDICIAL EN MATERIA PENAL del Tratado de la Unión Europea

En su artículo 29 se expone sin perjuicio de las competencias de la Comunidad Europea, el objetivo de la Unión será ofrecer a los ciudadanos un alto grado de seguridad dentro de un espacio de libertad, seguridad y justicia elaborando una acción en común entre los Estados miembros en los ámbitos de la cooperación policial y judicial en materia penal y mediante la prevención y la lucha contra el racismo y la xenofobia.

Este objetivo habrá de lograrse mediante la prevención y la lucha contra la delincuencia, organizada o no, en particular el terrorismo, la trata de seres humanos y los delitos contra los niños, el tráfico ilícito de drogas y de armas, la corrupción y el fraude, a través de:

- o una mayor cooperación entre las fuerzas policiales, las autoridades aduaneras y otras autoridades competentes de los Estados miembros, ya sea directamente o a través de la Oficina Europea de Policía (Europol), de conformidad con lo dispuesto en los artículos 30 y 32,
- o una mayor cooperación entre las autoridades judiciales y otras autoridades competentes de los Estados miembros, también mediante la Unidad Europea de Cooperación Judicial (Eurojust), de conformidad con lo dispuesto en los artículos 31 y 32,
- o la aproximación, cuando proceda, de las normas de los Estados miembros en materia penal, de conformidad con lo dispuesto en la letra e) del artículo 31.

En su artículo 31 expone que la acción en común sobre cooperación judicial en materia penal incluirá, entre otras:

- o La facilitación y aceleración de la cooperación entre los ministerios y las autoridades judiciales o equivalentes competentes de los Estados miembros, también, en relación con las causas y la ejecución de resoluciones
- o la facilitación de la extradición entre Estados miembros
- o La consecución de la compatibilidad de las normas aplicables a los

Estados miembros, en la medida necesaria para mejorar dicha cooperación

- o la prevención de conflictos de jurisdicción entre los Estados miembros
- o la adopción progresiva de medidas que establezcan normas mínimas relativas a los elementos constitutivos de los delitos y a las penas en los ámbitos de la delincuencia organizada, el terrorismo y el tráfico ilícito de drogas.

***C. DISPOSICIONES RELATIVAS A LA POLÍTICA EXTERIOR Y DE SEGURIDAD COMÚN,
título V***

En su artículo 11 expone que la Unión definirá y realizará una política exterior y de seguridad común, que abarcará todos los ámbitos de la política exterior y de seguridad y cuyos objetivos serán los siguientes:

- o Los Estados miembros apoyarán activamente y sin reservas la política exterior y de seguridad de la Unión, con espíritu de lealtad y solidaridad mutua.
- o Los Estados miembros trabajarán conjuntamente para intensificar y desarrollar su solidaridad política mutua. Se abstendrán de toda acción contraria a los intereses de la Unión o que pueda perjudicar su eficacia como fuerza de cohesión en las relaciones internacionales.

La Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga para el período 2005-2012, aprobada en diciembre de 2004.

En diciembre de 2004 el Consejo Europeo aprobó la Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas para el período 2005-2012. El objetivo principal es alcanzar un nivel elevado de protección de la salud y el bienestar completando la acción de los Estados miembros en cuanto a prevención y reducción del consumo de drogas y de la toxicomanía. Además, es necesario garantizar al público un alto grado de seguridad mediante medidas para combatir la producción y el tráfico internacional de drogas, y fortalecer los mecanismos de coordinación de la Unión Europea con el fin de asegurar el carácter complementario de las medidas adoptadas a escala nacional, regional e internacional.

El Consejo distingue dos objetivos generales en materia de drogas:

La Unión Europea (UE) quiere contribuir en la tarea de alcanzar un alto grado de protección de la salud, bienestar y cohesión social completando para ello el esfuerzo desplegado por los Estados miembros con miras a prevenir y reducir el consumo de drogas, la toxicomanía y los efectos nocivos de las drogas en la salud y en la sociedad;

La UE y sus Estados miembros quieren proporcionar a sus ciudadanos un alto grado de seguridad mediante la lucha contra la producción de drogas, el tráfico de droga transfronterizo y el uso ilícito de los precursores químicos utilizados en la producción de drogas, así como intensificando las medidas preventivas contra la delincuencia relacionada con la droga, mediante una cooperación eficaz en el marco de un enfoque común.

La Estrategia se centra en dos ámbitos de acción, a saber, la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, y en los dos temas transversales que son la cooperación y la investigación internacional, por una parte, y la información y la evaluación, por otra.

El Plan de Acción de la Unión Europea en materia de drogas 2005-2008, aprobado por el Consejo en junio 2005.

Con el fin de hacer frente al fenómeno de la droga tanto en el ámbito de la protección de la salud como en el de la represión, el plan de acción orienta a todas las instancias europeas concernidas para fijar sus prioridades al respecto. Estas orientaciones se concentran en torno a cinco ejes de acción: coordinación; reducción de la demanda; reducción de la oferta; cooperación internacional; e información, investigación y evaluación.

Su evaluación pone de manifiesto que una de las maneras más rentables de abordar el consumo de drogas es que los servicios públicos responsables de la prevención, el tratamiento, la reducción de riesgos y la represión, trabajen conjuntamente de forma asociada con las organizaciones de voluntariado y los prestadores de servicios. En otros términos, una alianza entre los ciudadanos y las instituciones creadas por ellos y para ellos.

El Plan de Acción (2005-2008) muestra que se ha progresado en numerosos ámbitos pero también se han detectado deficiencias. En muchos sectores persisten los problemas de coordinación de las políticas, y a pesar de que la calidad de la información sobre el consumo, la prevención y el tratamiento de las drogas en la UE ha mejorado considerablemente, siguen existiendo carencias considerables: carencia

continúa de datos fiables sobre la oferta de drogas, así como sobre el alcance y los resultados de la asistencia relacionada con las drogas a los terceros países.

El Plan de acción de la Unión Europea en materia de drogas 2009-2012

La Estrategia de la UE contra la droga aborda un fenómeno complejo que, para lograr un cambio, requiere un enfoque a largo plazo. Se basa en las dos dimensiones clave de la política de drogas, a saber, la **reducción de la demanda de droga** y la **reducción de la oferta de droga**, completadas con tres temas transversales: **coordinación, cooperación internacional e información, investigación y evaluación**.

Con el fin de apoyar la Estrategia, la Comisión propone un nuevo Plan de Acción sobre la droga (2009-2012) que se basa en el marco existente y en las enseñanzas extraídas en los últimos cuatro años.

El Plan identifica las siguientes prioridades:

1. Reducir la demanda de drogas y sensibilizar a la opinión pública

Es necesario mejorar la eficacia de las medidas para reducir el consumo de drogas y sus consecuencias. Esto implica prestar una atención especial a los grupos vulnerables y la prevención del consumo simultáneo de drogas (consumo combinado de sustancias ilícitas y lícitas, especialmente de alcohol).

2. Movilizar a los ciudadanos europeos para que participen activamente

La Comisión propone lanzar un proceso de consulta con los Estados miembros y la sociedad civil europea tendente a la aprobación de la Alianza de los Ciudadanos Europeos sobre la Droga. Dicha Alianza contendrá un compromiso y una serie de principios que guiarán a los ciudadanos para abordar las cuestiones relacionadas con las drogas que se les planteen en su entorno inmediato. Deberá ser compatible con las legislaciones y las costumbres nacionales, e incluir la acción positiva y la asunción de responsabilidades dentro de la búsqueda de una sociedad más segura y saludable.

3. Reducir la oferta de drogas

En la UE necesitamos unos servicios de seguridad más eficaces para luchar contra la producción y el tráfico de drogas, que utilicen plenamente las capacidades de Europol y de otras estructuras de la UE, con un enfoque basado en la información. Se apoyarán más operaciones coordinadas a través de plataformas regionales de seguridad.

4. Fomentar la cooperación internacional

La eficacia de la UE, el mayor donante del mundo en la lucha global contra las drogas y para la búsqueda de más alternativas sostenibles al cultivo de drogas, aumentará considerablemente si mejora la coordinación de las políticas nacionales y comunitarias.

5. Conocer mejor el problema

Debemos mejorar nuestro conocimiento de todos los aspectos del consumo de drogas a través de datos e investigaciones mejor coordinadas, incluidos los datos sobre la delincuencia relacionada con la droga y sobre el funcionamiento del mecanismo de la oferta de drogas ilícitas.

El Plan de Acción siguiente pretende ser el marco de aplicación de estas prioridades y aportar, en su caso, un valor añadido europeo.

Desde el Consejo de la Unión Europea, se adoptan dos recomendaciones:

- **18 de junio de 2003 relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia (2003/488/CE);**
 - El objetivo de esta Recomendación es contribuir a alcanzar el segundo objetivo de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2002-2004), es decir, reducir sustancialmente en un plazo de cinco años la incidencia de los daños para la salud relacionados con las drogas (SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.) y el número de fallecimientos relacionados con ellas
- **2 de diciembre de 2002 relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el tabaco (2003/54/CE).**
 - Esta Recomendación está dirigida a instar a los Estados miembros a que mejoren la lucha contra el tabaco, en particular con vistas a incrementar la prevención del tabaquismo entre los niños y los adolescentes.

Programa de actuación «Información y prevención en materia de drogas» (2007-2013).

El programa «Información y prevención en materia de drogas» forma parte del programa general «Derechos Fundamentales y Justicia» 2007-2013, cuyo objetivo consiste en promover la libertad, la seguridad y la justicia en la UE. Este último también incluye los programas específicos «Justicia penal», «Justicia civil», «Derechos fundamentales y ciudadanía» y el programa Daphné III sobre la lucha contra la violencia.

El programa «Información y prevención en materia de drogas» establecido por la Unión Europea (UE) tiene tres objetivos:

- Prevenir y reducir el uso de drogas, la toxicomanía y los riesgos inherentes;
- Mejorar la información sobre el consumo de droga;
- Apoyar la buena aplicación de la estrategia de lucha contra la droga en la UE.

Para ello, el programa respalda acciones transnacionales dirigidas a:

- Crear redes pluridisciplinarias;
- Garantizar el desarrollo de una base de conocimientos y el intercambio de información y de buenas prácticas;
- Concienciar a la opinión pública sobre los problemas sanitarios y sociales asociados al consumo de drogas;
- Prevenir el consumo de drogas.

Las acciones financiadas por el programa son:

- Las acciones de la Comisión (labores de investigación, sondeos, conferencias, campañas, manifestaciones públicas, actividades de análisis, creación de sitios Internet, etc.);
- Los proyectos transnacionales de interés europeo presentados por Estados miembro o países candidatos a la adhesión a la UE;
- Las actividades de organizaciones no gubernamentales (ONG) u otras entidades con objetivos de interés general europeo.

- Las acciones emprendidas están abiertas a organismos, públicos o privados, activos en materia de prevención e información sobre el consumo de drogas.

El programa va dirigido a todos los grupos afectados por el consumo de droga, pero se orienta sobre todo, como grupos de riesgo, a jóvenes, mujeres, grupos vulnerables y personas que viven en barrios problemáticos.

El resto de los grupos a los que se dirige incluye los padres, el personal docente, los profesores, los trabajadores sociales, el personal judicial, las fuerzas del orden y las autoridades penitenciarias, el personal médico y paramédico, las autoridades locales y regionales, las organizaciones no gubernamentales, los sindicatos y las comunidades religiosas.

5.2. Ámbito Nacional

La Constitución Española,

Dedica su artículo 43 al derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, a la vez que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho, además de fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte, facilitaran la adecuada utilización del ocio.

La Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril,

Constituye la respuesta normativa básica del mandato constitucional sobre protección de la salud. Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria a la población, a la vez que dirigir sus esfuerzos a la prevención de la enfermedad, no solo a la curación de la misma y promover acciones dirigidas a la rehabilitación funcional y a la reinserción social del paciente (art.6).

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)

En ella se indica que corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones.

- 1) El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
- 2) Procurar la integración social de los usuarios de drogas sobre la base del desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
- 3) Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- 4) Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
- 5) Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), aprobada en febrero de 2009.

Implicar más a la población en la lucha contra las drogas, objetivo principal de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Los principales objetivos de la nueva Estrategia son: promover una conciencia social frente al consumo, aumentar las habilidades y las competencias personales para reforzar la capacidad de rechazar el consumo de drogas, retrasar la edad de inicio, disminuir el consumo de drogas legales e ilegales, garantizar la calidad de la asistencia, reducir o limitar los daños, facilitar la incorporación social, incrementar el control de la oferta, mejorar la formación de los profesionales, fomentar la investigación, potenciar la evaluación, optimizar la coordinación y la cooperación.

La Estrategia Nacional sobre Drogas se concretará en dos planes de acción cuatrienales y se someterá a dos evaluaciones, una primera intermedia en 2012 y una evaluación final en 2016.

Plan de Acción sobre Drogas 2013- 2016

Este Plan de Acción, se ha elaborado teniendo en cuenta los resultados de la evaluación preliminar del primer Plan de Acción 2009-2012, los datos producidos por los sistemas de información sobre drogas y las líneas de acción propuestas por políticas europeas e internacionales, así como los planes de acción en vigor de las Comunidades y Ciudades Autónomas. También se ha considerado de manera especial la situación actual de la sociedad española y su posible influencia tanto en los consumos como en

sus consecuencias.

Dentro de este Plan se encuadran entre otras, las siguientes acciones:

Proyecto de desarrollo de programas de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local. Se diseñará y pondrá en marcha un modelo coordinado de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local. Las localidades participantes dispondrán de un servicio de asesoramiento para el diseño aplicación y evaluación de los programas. El programa tendrá un sistema de seguimiento y evaluación coordinado.

Proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario. Se pondrá en marcha un proyecto de implementación de protocolos para la detección precoz e intervención con menores vulnerables en el que participará una muestra representativa de profesionales, formados ad hoc, de los sectores de atención primaria, educación y servicios sociales. Se diseñará y aplicará una evaluación de los resultados del proyecto que permita valorar su eficacia.

Plan de prevención del tráfico minorista en zonas escolares y de ocio. Se realizarán acciones de vigilancia policial del tráfico y consumo de drogas en zonas escolares y de ocio. Se elaborará un protocolo de coordinación de estas acciones con las desarrolladas por los PAD en estos mismos ámbitos.

Mantenimiento de los sistemas de información sobre drogas. Se realizarán las encuestas ESTUDES 2014, 2016; EDADES 2013, 2015. Y se recogerán los indicadores Admisión a Tratamiento, Urgencias relacionadas con el consumo de drogas y Mortalidad por reacción aguda a drogas.

5.3. Ámbito Autonómico

Estatuto de Autonomía de Canarias regulado por la Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto modificada por la Ley Orgánica 4/1996 y por la Ley 27/2002.

Se establece en el art 30.13 las competencias exclusivas de la Comunidad Autónoma en materia de Servicios Sociales

La Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias

Se consideran áreas de actuación La prevención y tratamiento de todo tipo de

drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes, y la reinserción social de los afectados. (art. 4.2.f).

Los servicios sociales especializados constituyen el nivel secundario del sistema. Cubren los supuestos en los que por la complejidad de la acción a desarrollar o por la especial situación del sujeto se requieren acciones específicas

El servicio social de drogodependencias, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, tiene por objeto la planificación, coordinación y desarrollo de programas encaminados a la prevención, tratamiento e integración social de las personas sujetas a drogodependencias, así como la dotación de personal y equipamientos adecuados a las necesidades de dicha planificación (art 7.3.e).

El servicio social de la juventud tiene por objeto el desarrollo de actuaciones y establecimiento de equipamientos encaminados a normalizar las condiciones de vida de la juventud inserta en medios de alto riesgo de marginación, evitar que ésta se produzca y procurar la inserción de los jóvenes favoreciendo el mantenimiento en su medio, promoviendo su participación, y coordinándose con la acción global del Gobierno en materia de juventud (7.3.b)

La Ley del 9/1998, de 22 de julio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción Social en materia de Drogodependencias en Canarias.

La citada Ley tiene por objeto (art.1):

- a)** La ordenación de todas las actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes.
- b)** La regulación de las competencias y funciones en esta materia de las Administraciones Públicas de Canarias, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia, para la necesaria cooperación, coordinación en la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.
- c)** La configuración del Plan Canario sobre Drogas como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- d)** La protección a terceras personas de los perjuicios que pueda ocasionarles el consumo de drogas.

De conformidad con su artículo 7 corresponde a los poderes públicos, en su respectivo marco de competencias, promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

- a)** Informar adecuada y oportunamente a la población sobre las sustancias que puedan generar dependencia.
- b)** Educar para la salud y formar profesionales en este campo.
- c)** Corregir las condiciones sociales y personales que favorecen los factores de riesgo y el consumo de drogas.
- d)** Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino también para terceros.
- e)** Incidir especialmente en la toma de conciencia de la sociedad canaria sobre el carácter de drogas del alcohol y del tabaco.
- f)** Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

Lo dispuesto en la presente Ley será de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.

La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes, promoverá las actuaciones siguientes (art.12):

- o Potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento de sus familiares.
- o Favorecimiento de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente.
- o Realización de programas dirigidos a la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependientes.
- o Desarrollo de programas de atención a drogodependientes detenidos o reclusos.

En el Título V, capítulo I se establecen las Competencias del Gobierno de Canarias, sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye,

corresponde al Gobierno de Canarias: la aprobación del Plan Canario sobre Drogas, el establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Canarias, la aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación y la aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes. (art.31)

El II Plan Canario sobre Drogas (2003-2008) aprobado por el Gobierno de Canarias el 24 de marzo de 2003.

Este Plan se entiende dentro de un marco de intervención universal desde los diferentes sistemas públicos y la acción comunitaria. En asistencia especializada se marcará el acento en los procesos de calidad, al mismo tiempo que se propiciará el acercamiento y la coordinación entre el Sistema Especializado de Atención a Drogodependientes y el Sistema Público de la Salud así como a los Sistemas Públicos de Servicios Sociales y Empleo, directamente implicados en los procesos de integración social. El II Plan Canario sobre Drogas trata en todo su contenido de afirmar la cultura de la coordinación intra e interinstitucional, al objeto de sustituir la duplicación de recursos y esfuerzos por a suma de éstos.

Se destacan los siguientes objetivos:

- Consolidar una red de atención ágil, amplia, coordinada, integrada y normaliza en los sistemas públicos de salud, servicios sociales y empleo, que permitan conjuntamente con la iniciativa social organizada y adecuadamente vertebrada, ofrecer una respuesta asistencial a las necesidades de la población drogodependiente, garantizando la situación de equidad respecto a otras enfermedades.
- Favorecer la reducción de la oferta y el tráfico de drogas potenciando los sistemas de información que permitan conocer la realidad del fenómeno y haciendo cumplir la normativa existente en el ámbito autonómico y municipal sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco.

III Plan Canario sobre Drogas (2010-2017)

En el que se define dos áreas estructurales de intervención para abordar el fenómeno de las drogodependencias a lo largo del periodo de vigencia de actuación del Plan en el ámbito territorial de la comunidad autónoma: Prevención y Tratamiento-Integración Social.

Se propone como objetivos, entre otros:

- Abordar de manera decidida el discurso social de banalización del consumo.
- Incidir desde la prevención en colectivos de riesgo.

En relación a las competencias locales, en los municipios de más de 20.000 habitantes tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del II Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de servicios sociales.
- b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
- c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el II Plan Canario sobre Drogas.
- d) La formación en materia de drogas del personal propio.
- e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Asimismo serían de aplicación, entre otras, las siguientes disposiciones:

Decreto 252/1991, de 3 de octubre, por el que se adapta la estructura de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a la nueva organización y estructura de la administración de la Comunidad Autónoma Canaria y se crean la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y la Dirección General de Protección de Menor y Familia.

Decreto 18/1992, de 7 de febrero, por el que se crea la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias.

Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de centros y servicios sociosanitarios de atención a las drogodependencias

Decreto 2327/1993, de 29 de julio, por el que se modifica parcialmente el decreto 68/1990, de 19 de abril, por el que se crea la comisión de acreditación, evaluación y control de centros o servicios sanitarios en los que se realice tratamiento con opiáceos

Decreto 1877/1995, de 20 de julio, por el que se realiza la reestructuración de la administración pública de la comunidad autónoma

Decreto 81/1998, de 28 de mayo, por el que se crea y regula la comisión asesora sobre tabaquismo en Canarias.

5.4. Ámbito Insular

La Ley del 9/1998, de 22 de julio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción Social en materia de Drogodependencias en Canarias.

En el Título V, capítulo I se establecen las Competencias del Gobierno de Canarias, sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Canarias: la aprobación del Plan Canario sobre Drogas, el establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Canarias, la aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación y la aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes. (art.31)

Asimismo establece que sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las islas, a través de los cabildos insulares, como órganos de gobierno y administración de las islas, desempeñar, en su ámbito territorial, las siguientes competencias (art 33):

La aprobación de Planes Insulares sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.

Plan estratégico Insular de Servicios Sociales y Sociosanitarios de Tenerife: Plan de Prevención Comunitaria de la drogodependencia. Aprobado por el Pleno del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife el 24 de Julio de 2002.

5.5. Ámbito Municipal

Ley de Bases de Régimen Local, de 2 de abril de 1985.

A tenor de lo dispuesto en su artículo 25, el Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal en los términos previstos en este artículo.

El Municipio ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias:

(...) e) Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.

Las competencias municipales en las materias enunciadas en este artículo se determinarán por Ley debiendo evaluar la conveniencia de la implantación de servicios locales conforme a los principios de descentralización, eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera.

La Ley determinará la competencia municipal propia de que se trate, garantizando que no se produce una atribución simultánea de la misma competencia a otra Administración Pública.

Por su parte el artículo 26 establece que los Municipios deberán prestar, en todo caso, los servicios siguientes:

(..) c) En los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, además: protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público.(..)

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local en su Disposición transitoria segunda establece de forma expresa lo siguiente:

(..) 1. Con fecha 31 de diciembre de 2015, en los términos previstos en las normas reguladoras del sistema de financiación autonómica y de las Haciendas Locales, las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio, relativas a la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

Las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de estas competencias, con independencia de que su ejercicio se hubiese venido realizando por Municipios, Diputaciones Provinciales o entidades equivalentes, o cualquier otra Entidad Local.(..)

(..) 4. Lo dispuesto en los apartados anteriores se entiende sin perjuicio de la posibilidad de las Comunidades Autónomas de delegar dichas competencias en los Municipios, Diputaciones Provinciales o entidades equivalentes, de conformidad con el artículo 27 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.(..)

La Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias

En cuanto a las competencias municipales la Ley anteriormente comentada recoge en el Artículo 13 las competencias municipales en la materia siendo las siguientes:

- a) Participación en el proceso de planificación de los servicios sociales que afecten al ámbito municipal o comarcal.
- b) Estudio y detección de las necesidades en su ámbito territorial.
- c) Elaboración de los planes y programas de ser vicios sociales dentro del término municipal, de acuerdo con la planificación global realizada por la Comunidad Autónoma.
- d) Gestionar los servicios sociales comunitarios de ámbito municipal.
- e) Gestionar los servicios sociales especializados de ámbito municipal.
- f) Gestionar las funciones y servicios que le sean delegados o concertados por la Comunidad Autónoma de Canarias o los Cabildos Insulares.
- g) Supervisar y coordinar, en el municipio, los servicios sociales municipales con los de la iniciativa privada del mismo ámbito, de conformidad con las normas de coordinación que dicte la Comunidad Autónoma, con la finalidad de alcanzar las previsiones de la planificación general.
- h) Gestionar prestaciones económicas y colaborar en lo que reglamentariamente se establezca en la gestión de las prestaciones económicas y subvenciones de los Cabildos y la Comunidad Autónoma en lo que se refiere a servicios sociales en su ámbito municipal.
- i) Coordinación de los servicios sociales municipales con los otros sectores vinculados al campo del Bienestar Social.
- j) Fomento de la participación ciudadana en la prevención y resolución de los problemas sociales detectados en su territorio.
- k) Fomento y ayuda a las iniciativas sociales no lucrativas que se promuevan para mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio.
- i) Formación permanente y reciclaje del personal de los servicios sociales de estas Corporaciones.

2. En los municipios en los que por su densidad de población sea necesario, se llevará a cabo la desconcentración de los servicios.

3. Los Ayuntamientos podrán constituir mancomunidades u otro tipo de entidades para la gestión de los servicios sociales.

La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en su Capítulo II "Competencias de la Administración Local", se asignan a los Ayuntamientos las siguientes competencias:

Artículo 4: Corresponde a los poderes públicos, en su respectivo campo de competencias, promover, desarrollar, apoyar coordinar, controlar y evaluar programas y acciones tendentes a:

- Informar adecuada y oportunamente a la población sobre sustancias que puedan generar dependencias.
- Educar para la salud y formar profesionales en este campo.
- Corregir las condiciones sociales y personales que favorecen los factores de riesgo y consumo de drogas.
- Adoptar medidas que tiendan a evitar los prejuicios para la salud que deriven del consumo de drogas.
- Incidir en la toma de conciencia de la sociedad sobre el carácter de drogas del alcohol y del tabaco.
- Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general sobre las drogodependencias.

Artículo 6: Las Administraciones públicas promoverán el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos de las drogas.

Artículo 7: Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones precisas con la finalidad de que las personas adquieran actitudes, hábitos y conductas sanas alejadas del consumo de drogas.

En el Título V, capítulo I se establecen las Competencias del Gobierno de Canarias, sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Canarias: la aprobación del Plan Canario sobre Drogas, el establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Canarias, la aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación y la aprobación de la normativa de autorización de apertura y

funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes.

En el artículo 34 se recoge expresamente las competencias municipales en este ámbito en el siguiente sentido:

(..) 1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los municipios de Canarias en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulan la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el Título III de esta ley.

d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los municipios de más de 20.000 habitantes tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de servicios sociales.

b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Canario sobre Drogas.

d) La formación en materia de drogas del personal propio.

e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

El apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente los de menor capacidad

económica y de gestión.(...)

La Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril De las competencias de las Corporaciones Locales.

Según el artículo 42 de la citada Ley se recoge lo siguiente:

(..) 1. Las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley.

2. Las Corporaciones Locales participarán en los órganos de dirección de las Áreas de Salud.

3. No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico-deportivas y de recreo.

d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

4. Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el apartado anterior, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

5. El personal sanitario de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3 tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los

misimos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales.(..)

En el marco del Plan Nacional sobre Drogas corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

- El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
- Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
- Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
- Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

ORDENANZA REGULADORA DE LA CONVIVENCIA EN LUGARES PÚBLICOS B.O.P 15 /01/2009

La Ordenanza se fundamenta, con carácter general, en el artículo 84 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, establece que las Entidades Locales podrán intervenir en la actividad de los ciudadanos a través de Ordenanzas y Bandos.

Asimismo, esta Ordenanza se ha elaborado de acuerdo con la potestad municipal de tipificar infracciones y sanciones que, con la finalidad de ordenar las relaciones de convivencia ciudadana, se establece en los artículos 139 y siguientes de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.(art. 1)

Tiene por objeto ordenar aspectos básicos de la actividad ciudadana, que garanticen el normal funcionamiento de la vida social del Municipio y velar por el cumplimiento de las normas de convivencia.(art2)

6. Objetivo general del Plan.

El I Plan Municipal sobre drogas y protección de la salud de Guía de Isora tendrá como objetivo principal el siguiente:

Abordar de manera integral el fenómeno y la realidad del consumo y las drogodependencias desde la concienciación social sobre los riesgos asociados al consumo de las drogas y en la atención de los casos existentes a través del desarrollo de programas y acciones de intervención que impliquen en su desarrollo la protección de la salud y la promoción de hábitos y opciones de vida saludables que favorezcan el bienestar individual y disminuyan la exclusión social en la ciudadanía de Guía de Isora.

Los objetivos específicos se desarrollan en cada área y ámbito de actuación.

7. Principios Generales del Plan.

Los principios generales de este Plan se desarrollan según lo establecido en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), el Plan nacional de Acción sobre Drogas (2013- 2016) y el III Plan Canario sobre Drogas. Los principios son:

- La consideración de la evidencias científicas es esencial para la efectividad de los criterios y objetivos que se guiarán el desarrollo de las intervenciones
- La participación social mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad.
- Normalización, se tratarán siempre de utilizar los recursos ya existentes en la Comunidad, a fin de facilitar una real participación comunitaria y una adecuada integración social, en los casos en que sea necesario, evitando en la medida de lo posible, la creación de recursos específicos.
- Corresponsabilidad y participación, la prevención de las drogodependencias es un fenómeno social requiere una respuesta desde la propia sociedad, evitando las posturas de delegación en la búsqueda de soluciones. La familia, los educadores, los empresarios, el mundo del deporte, la cultura y el conjunto de

instituciones deben asumir, desde su rol competencial específico, su corresponsabilidad e implicación, ya que sin su participación no sería posible desarrollar una respuesta integral.

- Coordinación entre los distintos agentes intervinientes, facilitando la utilización e integración de los recursos existentes y evitando respuestas inconexas, duplicadas o innecesarias. La Intersectorialidad ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar que aspira a la optimización de los recursos y esfuerzos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes
- Enfoque de género. Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en los objetivos señalados en el Plan y diseñar acciones específicas que repercutan en el cumplimiento de los objetivos.
- Equidad garantiza la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios.
- Flexibilidad e individualización, ya que las variaciones a las que está sometido el fenómeno de las drogodependencias, en función del contexto social y de los cambios en los patrones de consumo, hacen necesaria la flexibilidad y la individualización de las respuestas posibilitando el diseño de programas adaptados a las diferentes realidades personales y sociales. Este enfoque permitirá la revisión y adaptación continuada de las respuestas a los cambios que previsiblemente continuarán dándose.
- Investigación y evaluación permanente, que permita verificar la adecuación de las acciones emprendidas y el nivel del logro de los objetivos, aportando elementos de juicio para introducir las modificaciones precisas y mejorar la calidad de las intervenciones.

8. Áreas de actuación del Plan

Las actuaciones diseñadas en este plan se desarrolla principalmente en cuatro grandes áreas, la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta de drogas, la formación y las acciones de apoyo: coordinación, participación e investigación, estas últimas son acciones que se desarrollan de manera transversal, dan soporte y agilizan las actuaciones en materia de reducción de la oferta y la demanda de drogas.

8.1. Reducción de la demanda.

Se definen como acciones estratégicas tendentes a evitar o disminuir el consumo de drogas o a paliar los efectos que el consumo produce tanto en los consumidores como en su red social (familia, amigos...etc.), buscando potenciar los recursos personales y sociales, con el objetivo de promover el desarrollo de un pensamiento crítico ante al problema de las drogas, una red solidaria que favorezca una sinergia en los comportamientos preventivos individuales y sociales. Algunos de los objetivos que se establecen como prioritarios o generales desde la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) y que regirán las actuaciones de esta herramienta son:

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.
- Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.
- Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.
- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.
- Optimizar la coordinación y cooperación entre los distintos recursos municipales.

Estos objetivos generales se desarrollan en programas específicos distribuidos en siete ámbitos de actuación: familiar, escolar, laboral, ocio y tiempo libre, medios de comunicación, disminución del riesgo y reducción del daño y asistencia e integración social. A través de estrategias informativas, formativas y de generación de ideas adaptadas a la población de referencia y enmarcada en un programa integral se pretende transmitir valores y actitudes adecuados.

8.2. Reducción de la oferta de las drogas.

Se configura como la segunda área de actuación. Las actuaciones planteadas son medidas legislativas, judiciales y policiales tendentes a disminuir la disponibilidad de la sustancia. El área de la reducción de la oferta compete de un modo especial a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

8.3. Área de Asistencia e Integración Social.

La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades, siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine e incremente la misma, desde la máxima de que cualquier programa está en función de las necesidades del individuo.

8.4. Área de formación.

Se establecen cómo transversal siguiendo las indicaciones de la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016).

8.5. Áreas de apoyo.

Contemplan las áreas de coordinación, participación e investigación. Es necesario para la efectividad del desarrollo y los resultados de éste plan potenciar la coordinación y la participación de todos los agentes y recursos implicados en el desarrollo de cada programa, proyecto y actividad, así como desarrollar programas de formación para el desarrollo de su labor, todo ello justificado por una investigación –acción – investigación que evidencie científicamente a las adecuación de las acciones desarrolladas y a la vez establezca criterios para el desarrollo nuevos diseños de intervención, propiciando una evaluación constante de las acciones implementas.

9. Ámbitos de actuación, programas y objetivos.

9.1. Área: Reducción de la demanda.

La reducción de la demanda comprende desde la promoción de la salud hasta las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados, pasando por la disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social. Así pues, este ámbito incluye tres componentes, cada uno de los cuales requiere un abordaje específico, aunque algunos contenidos deben ser comunes y transversales.

9.1.1. Prevención.

La prevención del consumo propone tres grandes objetivos:

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.
- Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo, que serán distintas según el tipo de droga y el ámbito y nivel de la intervención.
- Conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

Estos objetivos se reflejarán en los ámbitos: familiar, escolar, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, medios de comunicación, comunitario.

9.1.1.1. Ámbito escolar.

La comunidad educativa, en su acepción más amplia, constituye, junto a la familia, la instancia más importante para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.

Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general.

Los objetivos específicos que se contemplan para el desarrollo de los objetivos planteados son:

- Consolidar el Programa de prevención del consumo de drogas en la educación infantil y primaria y secundaria obligatoria.

Las acciones operativas propuestas son:

- Mejorar el programa de información, formación y orientación para el profesorado en materia de prevención y educación para la salud.
- Elaboración de herramientas y materiales divulgativos dirigidos a la labor docente para que la prevención y el desarrollo de hábitos de vida saludable en el ámbito escolar mejore su eficiencia y eficacia.
- Planificación y ejecución de unas jornadas de trabajo en el ámbito educativo para promover el intercambio de experiencias en la aplicación de nuevas estrategias y acciones de intervención realistas y aplicables en los casos detectados.
- Elaboración de herramientas y materiales divulgativos que posibiliten la transmisión de información rigurosa y objetiva para contrastar la información que los jóvenes poseen, desmitificando ciertas creencias respecto a las drogas, sus consecuencias y su posible repercusión a la hora de mantener relaciones sexuales. Generar una serie de valores y creencias que hagan que los jóvenes tomen decisiones responsables y valoren sus posibles consecuencias.
- Planificación de actividades relacionadas con los días conmemorativas más destacados relacionados con la temática del Plan.
- Coordinación con otras concejalías y recursos municipales y autonómicos, con el fin de potenciar los recursos existentes en la materia que no ocupa, propiciando más efectividad a las acciones realizadas.
- Coordinación con los centros educativos para la organización de sesiones dirigidas a los jóvenes con el fin de disminuir los riesgos asociados al consumo de sustancias tóxicas, dotarlos de habilidades sociales ante el consumo y transmitirles información real sobre las consecuencias.
- Coordinación con los centros de secundaria para el perfeccionamiento del protocolo municipal de detección e intervención con el alumnado con consumo de sustancias.
- Establecer reuniones de coordinación con los equipos directivos de los IES.
- Creación de portal o consulta virtual y utilización de las redes sociales para la

transmisión de formación e información en materia de disminución de riesgos asociados.

- Potenciación de la figura del mediador juvenil como un recurso de enlace entre la institución y la población diana. El mediador facilitaría el flujo de información de manera bidireccional y la implantación de programas o de acciones.

9.1.1.2 Ámbito familiar.

La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.

Los objetivos específicos que se contemplan para el desarrollo de los objetivos planteados son:

- Facilitar las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.
- Promover el desarrollo transversal de la participación social de las familias, potenciar las redes informales existentes entre éstas, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

Las acciones operativas propuestas son:

- Potenciar la formación de padres y madres a través de un programa de charlas o talleres en materia específica de consumo de sustancias y hábitos de vida saludable que respondan a sus demandas.
- Establecimiento de cauces de comunicación y jornadas de trabajo y formación con las AMPAS del municipio a fin de establecer vías de trabajo y de seguimiento.
- Crear un programa de actividades anuales de ocio y tiempo libre para familias.
- Coordinación con los recursos municipales existentes a fin de planificar actividades anuales enmarcadas en el ocio y tiempo libre dirigidas a las familias, priorizando aquellas que se puedan realizar en común por padres e

hijos.

9.1.1.3. Ámbito de ocio y tiempo libre.

Para muchos grupos, especialmente los comprendidos en edades más jóvenes, el ocio en general y, específicamente, el ocio nocturno, no sólo se produce mayoritariamente asociado al consumo abusivo de alcohol y otras drogas sino que, además, entre quienes practican estos estilos de vida, se observa una baja percepción del riesgo asociado a los consumos.

Los objetivos específicos que se contemplan para el desarrollo de los objetivos planteados son:

- Favorecer la concienciación e implicación de los empresarios y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo, así como la formación necesaria del personal laboral que trabaja en dicho sector económico en materia de prevención de drogas.
- Incrementar la percepción del riesgo, así como promover la adopción de opciones personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos y reducir los daños derivados de los consumos en contextos recreativos.

Las acciones operativas propuestas son:

- Mejorar el programa de acciones que se desarrollan en las Salas de Juventud.
- Diseñar acciones de intervención y concienciación en barrios que promueva el empleo saludable del ocio y tiempo libre como medida preventiva en el uso y/o abuso de sustancias nocivas para la salud.
- Desarrollo de acciones como Carrera popular, partido de fútbol contra la droga, Torneo Municipal de fútbol, ajedrez, etc, como promoción de un ocio libre de drogas.
- Sensibilización y concienciación en materia de consumo en el ocio nocturno en colaboración con las comisiones de fiestas y otros recursos municipales.
- Sensibilización de los integrantes de las comisiones de fiestas a cerca de la problemática de las drogodependencias, consensuando compromisos y responsabilidades concretas como agentes preventivos y educadores.
- Elaboración y difusión de mensajes de disminución de riesgos en el desarrollo de las fiestas y en colaboración con las comisiones de fiestas de cada núcleo.

- Impulsar y apoyar el desarrollo de proyectos a realizar por clubes deportivos y asociaciones culturales encaminados al no consumo de sustancias adictivas.
- Impartición de sesiones de formación e información con los integrantes y responsables de las asociaciones deportivas haciendo hincapié en el uso de sustancias y sus consecuencias, deportivas y legales.

9.1.1.4. Ámbito laboral.

El abordaje de la intervención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que es necesaria la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales.

Los objetivos específicos que se contemplan para el desarrollo de los objetivos planteados son:

- Promover la Responsabilidad Social Corporativa o Responsabilidad Social de la Empresa, en el conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos.
- Fomentar la concienciación y las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y las ONGs en materia de integración laboral de los drogodependientes.

Las acciones operativas propuestas son:

- Elaborar materiales divulgativos para la sensibilización y formación hacia la problemática de las adicciones.
- Promover la difusión de los medios y recursos asistenciales para la atención de las personas consumidoras y su entorno.
- Apoyar e incentivar acciones de Responsabilidad Social de la Empresa en materia de drogodependencias.

9.1.1.5. Ámbito de los medios de comunicación.

En la sociedad actual, el papel de los medios de comunicación es clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión y difundir información.

El objetivo específico que se contempla para el desarrollo de los objetivos planteados son:

- Potenciar el papel de los medios de comunicación como vía para la formación de la ciudadanía en atención a la drogodependencia y a los riesgos asociados al consumo de sustancias.

Las acciones operativas propuestas son:

- Promover la sensibilización de los medios de comunicación de ámbito municipal en la reducción del consumo de sustancias.
- Inserción de espacios y de mensajes preventivos en los medios de comunicación de ámbito municipal.
- Potenciar los canales informativos municipales como página web, e-mail, sms, para la difusión de e acciones realizadas dentro del Plan.

9.1.1.6. Ámbito comunitario.

Este Plan entiende el ámbito comunitario como un lugar de encuentro no estructurado que surge de forma natural en el seno de la sociedad y que permite desarrollar acciones preventivas en la población general como “sector”.

Las acciones operativas propuestas son:

- Planificación de actividades dirigidas a sensibilizar, orientar e informar a la población en general sobre promoción de hábitos de vida saludables y sobre las sustancias y conductas que pueden generar dependencia, de los efectos y las consecuencias derivadas del uso y/o abuso de drogas y de otros trastornos adictivos incorporando la perspectiva de género.
- Difundir el I Plan Municipal sobre Drogas al conjunto de la comunidad para promover la participación en el mismo.
- Potenciar el trabajo interdepartamental con las Concejalía de Deportes, Cultura, Educación y Participación Ciudadana para el desarrollo de actuaciones transversales en materia de drogodependencias.
- Trabajar coordinadamente con las Fuerzas de Seguridad del municipio para generar acciones preventivas relativas a la problemática específica sobre consumo de drogas.

9.1.2. Disminución del riesgo y reducción de daños.

Los objetivos a los que deben dirigirse las intervenciones en este ámbito son:

- Evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso

continuado.

- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociosanitarios indeseables relacionados con su uso.

Las acciones operativas propuestas son:

- Planificación de actuaciones sobre grupos de jóvenes que se han iniciado en el consumo de drogas o están en situación de riesgo, para evitar su consumo y/o los riesgos asociados al consumo de sustancias tóxicas.
- Potenciar la creación de un programa sobre Alcohol y Conducción en colaboración con la Policía Local, con especial atención a los jóvenes durante los fines de semana y en acontecimientos festivos.
- Sensibilización sobre los riesgos de la práctica de las relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas como tema transversal en las acciones dirigidas a los casos detectados.

9.2 Área: Reducción de la oferta de drogas.

Los objetivos dentro de esta área distinguen entre las drogas de acceso legal y drogas ilegales.

- Enfatizar en el cumplimiento de la normativa sobre publicidad, venta y consumo, haciendo especial referencia a las edades y lugares donde se vendan y distribuyan drogas legales.
- En lo que se refiere a las drogas ilegales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y especialmente la Fiscalía Antidroga, actúan en esta parte del proceso genérico oferta-demanda.

En cuanto a las acciones planteadas desde este Plan:

- Coordinación con la Policía Local para el cumplimiento de la normativa vigente con respecto a la venta y consumo de tabaco y alcohol por parte de bares y establecimientos públicos y empresas.
- Establecer de forma coordinada con la Policial Local un conjunto de medidas para propiciar el control de la oferta en centros educativos y en espacios públicos de ocio y tiempo libre.
- Articulación de cauces que facilite al ciudadano la posibilidad de denunciar

actividades que puedan estar relacionadas con el tráfico de drogas, garantizando en todo momento el anonimato.

9.3. Área: Asistencia e integración social

Los objetivos en esta área son:

- Reforzar los mecanismos que promueven la «no desvinculación» de las personas en su medio laboral y, en todo caso, que faciliten la reinserción en el mismo.
- Favorecer una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos.
- Promover la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.

Se plantean las siguientes acciones:

- Facilitar el desarrollo de actuaciones en el ámbito de formación para el empleo encaminadas a disminuir la siniestralidad laboral relacionada con el consumo de sustancias.
- Mejora de las acciones desarrolladas dirigidas hacia el fomento de empleo y bienestar general de la población drogodependiente.
- Asesoramiento y orientación a los drogodependientes sobre los distintos cursos de formación académica, pre-laboral, laboral y de capacitación profesional a los que pueden optar, y orientarles hacia aquellos más adaptados a sus posibilidades.
- Facilitar el acceso a tratamiento especializado a drogodependientes, atendiendo a sus necesidades sociales y en coordinación con otros servicios.

9.4. Área: Formación.

Esta área se establece cómo transversal siguiendo las indicaciones de la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016), con la intención de contribuir a la mejora de las competencias de los profesionales que desarrollan su labor en el ámbito educativo, ocio y tiempo libre, además de fomentar la capacitación de las personas que trabajen remunerada o voluntariamente en entidades ciudadanas y voluntarias.

Las acciones se diseñan desde este Plan son:

- Creación de un programa de formación destinado a monitores de la Escuela de Ocio y Tiempo Libre y La Escuela Municipal de Fútbol en materia de prevención y promoción de la Salud.
- Facilitar la información a cerca de jornadas y cursos que realizados por otras administraciones que repercutan en el desarrollo de acciones preventivas desde la labor policial.
- Establecer un programa de formación para la población general y/o a los técnicos municipales y profesorado sobre las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- Establecer la primera Jornada en materia de prevención e intervención en el consumo de sustancias en el ámbito educativo dirigido a profesionales del ámbito formal e informal.
- Potenciar la creación de un Centro de Documentación e Información accesible a toda la población en colaboración con la Biblioteca Municipal de Guía de Isora.
- Propiciar el mantenimiento del programa de formación en prevención y educación para la salud que se desarrolla en instalaciones municipales en colaboración con otras administraciones.

9.5. Área: Coordinación, participación e investigación.

El objetivo de partida de esta área es:

- Promover el encuentro de las diferentes perspectivas de todos los agentes que tienen responsabilidad en los sectores de la actividad implicada a fin de conseguir una visión global.
- Fomentar la coordinación como vía de aprovechamiento más racional y eficiente de los recursos.

Para ello se establecen las siguientes acciones:

- Establecer mesas de trabajo con los distintos recursos del municipio, entidades e instituciones en las que se busque la colaboración en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan y participando en el estudio de nuevas demandas, así como en la implementación de actuaciones sobre esta materia.

- Fomentar la coordinación con la Agenda 21 para mejorar y aumentar la eficacia de las acciones que se llevan a cabo fomentando la participación de la ciudadanía en general.
- Fomentar la colaboración y la información entre los cuerpos y fuerzas de seguridad del municipio y los del estado, los servicios sociales, los centros de salud y el servicio de información del ayuntamiento.

10. Plan Operativo General.

Áreas	Estrategias	Ámbitos	Acciones operativas	Temporalización
8.1 Reducción de la Demanda	8.1.1 Prevención	8.1.1.1 Escolar	Mejorar el programa de información para el profesorado	Vigencia del Plan.
			Elaboración de herramientas y materiales divulgativos dirigidos a la labor docente.	Vigencia del Plan.
			Jornada sobre drogas para educadores.	Una en cada Curso escolar.
			Elaboración de materiales de concienciación para alumnado de secundaria	Vigencia del Plan.
			Celebración días conmemorativos	Curso escolar. Vigencia del Plan
			Coordinación: Otras Concejalías Centros educativos	Curso escolar. Vigencia del Plan
			Creación de portal o consulta virtual	Curso escolar 2015 - 2016
			Potenciar la figura del mediador juvenil	Curso escolar 2015 -2016
		8.1.1.2	Impulsar la formación de padres y madres	Vigencia del Plan
			Establecimiento de cauces de comunicación y jornadas de trabajo con las AMPAS	Vigencia del Plan

		Familiar	Coordinación con los recursos municipales para planificar actividades anuales	Vigencia del Plan
		8.1.1.3 Ocio y Tiempo Libre	Ampliar el programa de de las Salas de Juventud	2015
			Diseñar acciones de intervención y concienciación en barrios	Vigencia del Plan
			Desarrollo de acciones como Carrera popular, partido de fútbol contra la droga.	Vigencia del Plan
			Concienciación en materia de consumo en el ocio nocturno en colaboración con las comisiones de fiestas.	Vigencia del Plan
			Formación e información con asociaciones deportivas	Vigencia del Plan
		9.1.1.4 Laboral	Elaborar materiales divulgativos	2015
			Promover la difusión de los medios y recursos asistenciales	Vigencia del Plan
			Apoyar e incentivar acciones de Responsabilidad Social de la Empresa en materia de drogodependencias	Vigencia del Plan
		9.1.1.5 Medios de comunicación	Promover la sensibilización de los medios de comunicación	Vigencia del Plan
			Inserción de espacios y de mensajes de reducción de riesgos	Vigencia del Plan
			Potenciar los canales informativos municipales como página web, e-mail, sms	Vigencia del Plan

		9.1.1.6 Comunitario	Difundir el I Plan Municipal sobre Drogas	2015
			Potenciar el trabajo interdepartamental con las Concejalías del Área de acción comunitaria	Vigencia del Plan
	9.1.2 Disminución del riesgo y reducción de daños.	General	Planificación de actuaciones sobre grupos de jóvenes que se han iniciado en el consumo de drogas	Vigencia del Plan
			Potenciar la creación de un programa sobre Alcohol y Conducción en colaboración con la Policía Local	2015
			Sensibilización sobre los riesgos de la práctica de las relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas	Vigencia del Plan
9.2 Reducción de la oferta de las drogas		General	Coordinación con la Policía Local para el cumplimiento de la normativa por parte de bares, establecimientos públicos y empresas.	Vigencia del Plan
			Establecer con la Policía Local medidas de control de la oferta en centros educativos y en espacios públicos de ocio.	Vigencia del Plan
			Información sobre cauces para que el ciudadano tenga la posibilidad de denunciar	Vigencia del Plan
9.3 Asistencia e integración social		General	Facilitar el desarrollo de actuaciones en el ámbito de formación para el empleo.	Vigencia del Plan
			Mejora de las acciones para el fomento de empleo de la población drogodependiente	Vigencia del Plan
			Orientación a los drogodependientes sobre cursos de formación académica	Vigencia del Plan

			Facilitar el acceso a tratamiento especializado a drogodependientes	Vigencia del Plan
9.4 Formación		General	Intervención en la Escuela de Ocio y Tiempo Libre y La Escuela Municipal de Fútbol	Vigencia del Plan
			Potenciar la creación de un Centro de Documentación e Información accesible a toda la población en colaboración con la Biblioteca Municipal de Guía de Isora.	2015
9.5 Coordinación, participación e investigación		General	Establecer mesas de trabajo con los distintos recursos del municipio	Vigencia del Plan
			Fomentar la coordinación con la Agenda 21	Vigencia del Plan
			Fomentar la colaboración y la información entre los cuerpos y fuerzas de seguridad del municipio y los del estado, los servicios sociales, los centros de salud y el servicio de información del ayuntamiento.	Vigencia del Plan

11. La evaluación.

La evaluación del Plan Municipal sobre Drogas abarcará el doble objetivo que contempla el Plan Nacional de Drogas en esta materia:

a) Evaluación de resultados y de impacto: Estimación y estudio comparativo de los resultados obtenidos, tanto del Plan en su conjunto, como de los diferentes programas anuales y de los proyectos concretos en que se materializa. En este apartado, una de las metas mínimas a conseguir es el cumplimiento de los objetivos del Plan.

b) Evaluación de proceso: Valoración de los componentes esenciales de los diferentes programas y proyectos, evaluando la forma en que se han desarrollado. En este apartado, una de las metas mínimas a cubrir será la calidad en la implementación.

El Plan entiende la evaluación desde una visión crítica que permite revisar y reorientar las actuaciones y una estrategia que permita tomar decisiones respecto a los diferentes aspectos incluidos en la planificación: objetivos, programas, actuaciones, asignación de recursos, procedimientos, etc.

La evaluación será un proceso que vaya desde los proyectos concretos hasta el Plan General. El control del Plan municipal sobre drogas se fundamentará en la eficiencia y eficacia de las acciones concretas desarrolladas a través del establecimiento de cuadros de mandos diseñados para cada acción con los indicadores que permitan conocer el progreso de la misma, los resultados alcanzados y analizar las causas de desviación de los objetivos planteados.

Cada acción planificada establecerá indicadores concretos, objetivos y evaluables que permitan valorar la adecuación de las acciones a los objetivos previstos y a la demanda de la población destinataria. Estos indicadores, que podrán ser cualitativos o cuantitativos, permitirán valorar el grado de satisfacción de los beneficiario o el número de personas beneficiadas, a través de instrumentos como entrevistas, cuestionarios o registros adecuados a las características del programa o la actividad, las condiciones y entorno en la que se desarrolla y las competencias de las personas destinatarias.

Todas las acciones y proyectos realizados incluirán en su diseño sus respectivos mecanismos de evaluación, que serán pertinentes para poder estimar la consecución de los objetivos en el Plan. Cada uno de los proyectos será sometido a una evaluación, tanto del proceso como de los resultados, que quedará plasmada en un breve informe que pueda ser tomado como instrumento tanto de evaluación como de difusión de resultados.

Con los resultados obtenidos y recogidos en los informes de los diferentes proyectos, y la valoración de los objetivos propuestos para cada año, se elaborará un Informe anual, que se presentará ante:

- Mesa permanente y Agenda 21.
- Mesa consultiva: Estará compuesta por los técnicos o personal representante de las áreas municipales y recursos sociosanitarios que participaron en el grupo de discusión de la fase de diagnóstico cualitativo.
- Medios de comunicación y ciudadanos. A través de rueda o nota de prensa se harán públicos los resultados, avances, mejoras y consideraciones del Plan cada año de su vigencia.

El Informe general incluirá en su análisis los cambios de situación que se hayan ido sucediendo y establecerá una evaluación del impacto, la eficiencia y la eficacia a través de medidas cuantitativas como cualitativas que se hayan recogido en las actividades y acciones desarrolladas. Los resultados reflejados en este informe, al contrastar los logros obtenidos y

los objetivos perseguidos, permitirán la toma de decisiones y la adopción de medidas de ajuste y corrección para la consecución del Plan en sus próximos años de vigencia.

ANEXO 1. DIAGNÓSTICO CUANTITATIVO.

EQUIPO DE TRABAJO:

Dirección, elaboración y redacción del Diagnóstico:

Tomás Domingo González Hernández

Webmaster:

M^a del Pilar González Hernández

Aplicación TecnoStat y tratamiento de Datos Estadísticos:

Almudena Bada Morellón

Equipo de Encuestación:

Miriam González Siverio, Isabel Lorenzo Gómez

Rosa Mora González y Mercedes Monreal Alayón

INDICE

1.	<u>Introducción</u>	Pág. 3
2.	<u>Metodología:</u>	Pág. 5
	a. Ficha Técnica	
	b. Distribución muestral	
3.	<u>Análisis y Principales Resultados</u>	
	a. Datos totales del municipio de Guía de Isora	
	b. Tiempo Libre y su horario de finalización en menores de 18 años.	
	c. Tabaco	
	i. Consumo según sexo	
	ii. Consumo según grupos de edad	
	iii. Consumo según nivel de estudios	
	iv. Consumo según actividad profesional	
	v. Consumo según Núcleos de Población	
	d. Bebidas Alcohólicas	
	i. Consumo según sexo	
	ii. Consumo según grupos de edad	
	iii. Consumo según nivel de estudios	
	iv. Consumo según actividad profesional	
	v. Consumo según Núcleos de Población	
	e. Drogas de comercio ilegal	
	i. Consumo según sexo	
	ii. Consumo según grupos de edad	
	iii. Consumo según nivel de estudios	
	iv. Consumo según actividad profesional	
	v. Consumo según Núcleos de Población	
	f. Conclusiones	

Introducción

El uso y abuso de drogas, y de los problemas asociados al consumo, se plantea en la actualidad como uno de los mayores retos de nuestra sociedad.

No obstante, la articulación del conjunto de estrategias encaminadas a conseguir dicho objetivo, no siempre se ha realizado partiendo de un desarrollo conceptual y metodológico adecuado. Además, la evaluación del uso de drogas en la comunidad plantea importantes dificultades, ya que numerosos factores influyen sobre la decisión personal de usar drogas y porque este comportamiento tiene importantes implicaciones éticas, sociales, culturales e incluso legales. También, incluso la posición personal de quien investiga puede afectar de forma importante cualquier investigación sobre drogas, y es necesario tomar siempre en consideración la existencia de patrones de consumo que son diferentes en personas distintas y que pueden variar también a lo largo del tiempo en un mismo individuo.

Por tanto, dada la complejidad del consumo de drogas y los fenómenos relacionados con ese consumo, la evaluación comunitaria del uso de drogas hace necesario disponer de los datos obtenidos a partir de diferentes fuentes de información. En todo caso, los objetivos y estrategias que se han planteado como los más adecuados desde el propio Plan Nacional sobre Drogas para abordar la problemática relacionada con el consumo de drogas en España, se han ido revisando en función de las modificaciones que han sufrido las variables configuradoras de la realidad sobre la que se actúa, haciéndose necesaria la evaluación de las nuevas necesidades detectadas, y la valoración de la idoneidad del conjunto de programas que se vienen articulando y los que se deben empezar a articular.

Planificar implica racionalizar los procesos de intervención social, implica trazarse objetivos claros, buscar recursos, programar actuaciones... Kauffman define la planificación «como el proceso proactivo cuya intención es definir metas/fines útiles y luego encontrar los medios para lograrlos». La planificación es prever cómo queremos que sea el futuro y poner los medios para llegar a ese futuro previsto o prever como será e intentar modificarlo si no queremos que sea así. Los planes deben contemplarse como un proceso constante, como una estrategia a adoptar siempre, de modo que sea:

- Un proceso permanente que no cese.
- Se prevea como un sistema de planificación continuo.

Aunque la planificación deba ser constante y permanente existen diferentes niveles en función de:

- La generalidad/concreción de la misma.
- El alcance en el tiempo y en el espacio.

De un modo general se puede afirmar que un plan responde a un nivel de planificación estratégico centrado en la elaboración de metas, mientras que los programas y proyectos de intervención formulan objetivos generales y específicos y

se corresponden con un nivel de planificación táctico.

En consonancia a lo antes expuesto, desde la propuesta de **geas7>Consultoría Social** ha realizado, para el Ilustre Ayuntamiento de Guía de Isora, un diagnóstico de calidad, que pueda servir como punto de partida e instrumento de análisis y reflexión sobre el fenómeno de las drogas, su incidencia, tendencias y pautas en la población del municipio de Guía de Isora, a fin de dotar a las Áreas implicadas de la Corporación Local de una base sobre la cual poder asentar futuras estrategias de planificación e intervención en la prevención de las drogodependencias.

Resulta siempre más fácil la modificación, la reorganización y la ampliación de algo ya existente que partir de cero, y tanto desde el punto de vista político como económico en el desarrollo y elaboración de planes locales de drogas la perspectiva incrementalista suele ser considerada como la mejor. Por tanto, siempre partiremos del marco referencial del Plan Nacional de Drogas y en consonancia con los criterios y directrices marcados en el II Plan Canario sobre Drogas para la realización de esta Encuesta Domiciliaria sobre Drogas en el municipio de Guía de Isora.

Objetivos del Diagnóstico sobre Drogodependencias del municipio de Guía de Isora:

El objetivo general de este estudio es el de diagnosticar el consumo de drogas en el municipio de Guía de Isora, empleando una encuesta con una muestra muy extensa y representativa de los habitantes entre 15 y 65 años de edad. Además, se proponen como objetivos específicos:

- Favorecer el conocimiento sobre las pautas y tendencias de uso y abuso de las drogas por parte de la población de Guía de Isora.
- Identificar aquellas condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas: los **factores de riesgo**.
- Buscar y potenciar factores que disminuyen la probabilidad de dicho consumo: los **factores de protección**.
- Potenciar la integración de los principios, objetivos y criterios básicos de actuación en la atención a las drogodependencias en el municipio de Guía de Isora.
- Elaborar un documento que responda a las demandas que el municipio de Guía de Isora tiene sobre las problemáticas relacionadas con las drogas y las conductas adictivas.

METODOLOGÍA

FICHA TÉCNICA

- **Población de referencia**

Residentes en el municipio de Guía de Isora, entre 15 y 65 años de edad, que habiten en hogares.

- **Técnica de investigación**

Realización de **1.000 entrevistas** presenciales, con aplicación de un cuestionario con una duración media de 15 minutos.

- **Trabajo de campo**

Entrevistas a domicilio, realizadas entre los días 6 de marzo y 13 de abril de 2007.

- **Muestreo**

La elección del hogar mediante muestreo aleatorio simple. La elección de la vivienda se hará mediante el método de rutas aleatorias. Respecto a la persona a entrevistar se procederá a sortear, cumpliendo las cuotas cruzadas de sexo y edad proporcionales a las características demográficas presentes en la población de referencia.

Los datos del universo manejados corresponden al Padrón Municipal de Habitantes revisado a 20 de marzo del año 2007, en el que se recogen 15.050 residentes mayores de 15 años y menores de 65 años.

La población de referencia

El municipio de Guía de Isora¹ se encuentra ubicado en el Suroeste de la Isla de Tenerife, y es uno de los cuatro municipios más grandes de Tenerife, con 143, 43 Km² y con un total de 17 núcleos repartidos desde la costa hasta la medianía alta. Tiene la forma característica de los municipios de las islas occidentales es decir, de mar a cumbre, abarcando diferentes ecosistemas que han sido tradicionalmente aprovechados por la población local. Está separado de Adeje al SE por el Barranco de Erques; por el NE y el Este linda con el sector occidental de Las Cañadas del Teide, desde Boca Tauce a la Mancha Ruana; por el NW su lindero es con Santiago del Teide, en una divisoria que no sigue accidentes naturales y por último, con el mar (con 15 Km. de costa). Su capital municipal está situada a 580 metros de altura y se localiza en la zona de medianías del municipio.

Según el ISTAC, Instituto Canario de Estadística, en su revisión del Padrón Municipal de Habitantes², de fecha 01/01/2006, por Entidades y Núcleos diseminados, para el municipio de Guía de Isora nos encontramos con una población total de 19.320 habitantes, de los cuales 9.801 son hombres y 9.519 son mujeres.

¹ <http://www.guiadeisora.org/>

² <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas.html>

Partir de estos datos supone para la realización de un Diagnóstico que va a tener en cuenta a todos los núcleos de población de Guía de Isora, un nivel de desglose necesario para poder llevar a cabo, de manera pertinente, los cálculos necesarios de ajuste muestral.

Tabla 1

	TOTAL	Hombres	Mujeres
TOTAL GUIA DE ISORA	19.320	9.801	9.519
ALCALA	3.982	2.041	1.941
ALCALA	3.131	1.582	1.549
CUEVA DEL POLVO	214	113	101
VARADERO (EL)	299	145	154
DISEMINADO	338	201	137
CHIO	2.194	1.099	1.095
CHIGUERQUE	381	200	181
CHIO	1.624	806	818
DISEMINADO	189	93	96
GUIA DE ISORA	6.744	3.362	3.382
ACOJEJA	109	56	53
ARIPE	80	42	38
CHIRCHE	218	111	107
GUIA DE ISORA	4.454	2.206	2.248
JARAL (EL)	77	40	37
LOMO DEL BALO	0	0	0
POZO (EL)	119	65	54
TEJINA	852	412	440
VERA DE ERQUES	298	140	158
DISEMINADO	537	290	247
PLAYA DE SAN JUAN	6.400	3.299	3.101
ABAMA	0	0	0
AGUA DULCE	472	257	215
FONSALIA	188	90	98
PIEDRA HINCADA	777	385	392
PLAYA DE SAN JUAN	4.416	2.256	2.160
DISEMINADO	547	311	236

FUENTE:

Nomenclátor del Padrón Municipal a 1-1-2006 (INE).

ELABORACIÓN:

Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

No obstante, es un hecho constatado que la población del municipio de Guía de Isora desde el año 2000 se incrementa de manera notable año a año. De hecho, en el período entre 1999 y 2006, el municipio ha crecido a una media del 3,2% anual, siendo el incremento para la isla de

Tenerife de un 1,7%.³ Por tanto, hemos considerado más importante una mayor proximidad temporal a la fecha de realización del estudio, empleando otras fuentes oficiales como el Padrón Municipal de Habitantes de 2007, ya que la precisión de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Guía de Isora, son más acordes a la realidad de un municipio con un alto crecimiento demográfico anual.

Tabla 2

Nombre del Núcleo de Población	Total habitantes	Peso demográfico	Habitantes 15 - 65 años	Hombres 15-65	Mujeres 15-65
Acojeja	111	0,54	62	31	31
Aguadulce	509	2,47	412	229	183
Alcalá	3.357	16,31	2.521	1.277	1.244
Aripe	76	0,37	49	27	22
Chiguergue	385	1,87	260	146	114
Chío	1.697	8,25	1.190	623	567
Chirche	218	1,06	145	75	70
Cueva del Polvo	213	1,03	172	91	81
Diseminado	1.630	7,92	1.229	699	530
Fonsalía	205	1,00	157	84	73
Guía de Isora – Casco	4.695	22,81	3.414	1.714	1.700
Jaral, El	52	0,25	31	15	16
Piedra Hincada	864	4,20	633	307	326
Playa de San Juan	4.884	23,73	3.605	1.827	1.778
Pozo, El	128	0,62	94	51	43
Tejina	895	4,35	632	309	323
Varadero, El	361	1,75	243	109	134
Vera de Erques	302	1,47	201	95	106

³ <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas.html>

Total municipio de Guía de Isora	20.582	100,00	15.050	7.709	7.341
---	---------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Fuente: Ayuntamiento de Guía de Isora.: Padrón Municipal de Habitantes. Fecha: 20/03/2007.

Elaboración propia: geas7>Consultoría Social

En la tabla 2 se puede comprobar que tres de los núcleos de población más habitados del municipio, Playa de San Juan, Guía-Casco y Alcalá, suponen cerca del 63% de total de la población de Guía de Isora. No en vano, concentran a 9.540 de las 15.050 personas empadronadas de la franja de edad seleccionada. Es destacable, el incremento de población en el núcleo costero de Playa de San Juan, pues en este año 2007 ya ha superado en número de habitantes a la capital del municipio, Guía de Isora – Casco.

Técnica de investigación

La elección de la encuesta como técnica de investigación para el uso y abuso de sustancias adictivas se ha basado en las recomendaciones del Plan Nacional sobre Drogas⁴.

Se realizaron 1.000 encuestas en todo el territorio del municipio de Guía de Isora, teniendo en cuenta tanto a los hogares de los 17 núcleos de población como a las viviendas diseminadas por el término municipal.

Estadísticamente, a mayor tamaño muestral se reduce considerablemente el margen de error, como es el caso de esta encuesta. Pero para que podamos valorar comparativamente el esfuerzo que ha supuesto este Diagnóstico, debemos tener en cuenta que en la última Encuesta Domiciliaria del Plan Nacional de Drogas⁵, el tamaño muestral para toda España fue de 27.934. Sabiendo que a fecha de 1 de enero de 2006, la población española era de 44.708.964 de habitantes, se obtiene un índice de cobertura del 0,06. En cambio, en el caso de Guía de Isora, con una población de 20.582 habitantes, y un tamaño muestral de 1.000, tenemos un índice del 4,85. Por tanto, los resultados de este Diagnóstico son muy representativos y pioneros en Canarias, pues aunque existen otras encuestas domiciliarias sobre drogas en el Archipiélago, ninguna supera en sus muestras este grado de cobertura.

Aunque hay que precisar que para núcleos de población con escasa población, incluso empleando una muestra tan amplia como la planteada en este Diagnóstico, no poseen ese grado tan elevado de fiabilidad, pues se realizaron menos de 10 observaciones muestrales, como fue el caso de Aripe, El Jaral, El Pozo o Acojeja.

⁴ <http://www.pnsd.msc.es/>

⁵ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>

Trabajo de campo

La metodología empleada para el trabajo de campo será la más utilizada por las diferentes empresas del sector: el método de rutas aleatorias.

Consiste básicamente en la configuración de rutas, por parte del director de diagnóstico, que llevan a cabo los/as entrevistadores/as. Por ruta se entiende el itinerario que debe seguir dichos/as entrevistadores/as para la realización de un número determinado de encuestas. Su longitud irá en función del número de entrevistas a realizar y de las posibles dificultades que se vayan encontrando a lo largo del recorrido (ausencias, negativas a contestar, etc). Toda ruta tiene su origen en una dirección de partida y su final en la realización de la última entrevista. Respecto a la dirección o punto de partida, en todos los casos vendrá determinada por una dirección concreta, seleccionada al azar de entre el callejero de una sección censal determinada.

De esta manera, cuando a un/a entrevistador/a se le asigne una ruta cualquiera, recibe: Los cuestionarios necesarios para la realización del número de entrevistas asignados; la hoja de ruta con su punto de partida, la cadencia (valor que se utiliza para seleccionar las viviendas) y finalmente las cuotas a cubrir. Situado el/la entrevistador/a en la dirección de partida, comienza a caminar en sentido ascendente, en relación a la numeración de las edificaciones y siempre en la misma acera, dependiendo de si el punto de partida tiene número par o impar. Es decir, el/la entrevistador/a va recorriendo la lista del callejero desde la fila en la que esté contenida la dirección de partida hasta las calles que aparecen en sentido descendente en el callejero. Por tanto, se recorre el callejero completo tantas veces como sea necesario para completar el número de entrevistas previstas.

Respecto a la selección de viviendas, definiremos éstas como aquellos locales donde vive efectivamente una o varias personas, tanto si se trata de una edificación individual (chalet, caserío...) como si se encuentra en un edificación colectiva de pisos (varias viviendas). No están, por tanto, consideradas como tales los comercios, oficinas, hoteles, escuelas, etc.

Para proceder a la selección de las viviendas se hace uso de la cadencia proporcionada desde la dirección del Diagnóstico, por la cual el/la entrevistador/a debe contar tantas viviendas como sea el valor de cadencia e intentar realizar la entrevista en aquellas viviendas en las que coincida con dicho valor.

Finalmente, una vez seleccionada la vivienda, el/la entrevistador/a procederá a seleccionar, también aleatoriamente, en el hogar a qué miembro de la familia le correspondería hacerle la entrevista, cumpliendo siempre las proporciones de edad predeterminadas en la muestra.

Muestreo

Distribución Muestral

Muestra proporcional según núcleos de población y grupos de edad del Municipio de Guía de Isora

Núcleo	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	Total M
ALCALA	16	17	23	23	21	21	15	14	8	8	165
CUEVA DEL POLVO	1	1	2	2	1	1	1	2	1	0	12
VARADERO (EL)	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	14
DISEMINADO	2	3	2	3	2	2	2	3	1	0	20
CHIGUERQUE	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	19
CHIO	8	7	10	12	11	10	8	6	5	2	79
DISEMINADO	2	1	1	1	1	3	1	1	1	0	11
ACOJEJA	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	5
ARIPE	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
CHIRCHE	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	11
GUIA DE ISORA-CASCO	24	29	33	32	29	26	22	19	12	12	238
JARAL (EL)	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
POZO (EL)	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6
TEJINA	4	4	5	6	6	5	4	4	2	2	42
VERA DE ERQUES	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	15
DISEMINADO	3	3	3	2	4	4	2	3	2	1	28
AGUA DULCE	2	4	4	3	3	3	3	2	2	1	27
FONSALIA	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	11
PIEDRA HINCADA	3	2	3	7	6	5	3	2	1	1	35

PLAYA DE SAN JUAN	15	21	33	34	31	26	17	14	15	15	220
DISEMINADO	3	4	5	4	4	4	3	3	2	2	33
TOTAL GUÍA DE ISORA	90	105	135	140	133	118	90	79	59	51	1.000

Fuente: Ayuntamiento de Guía de Isora.: Padrón Municipal de Habitantes. Fecha: 20/03/2007.

Elaboración propia: geas7>Consultoría Social

	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39	
Núcleo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
ALCALA	9	8	9	8	12	11	12	11	11	10
CUEVA DEL POLVO	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
VARADERO (EL)	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1
DISEMINADO	1	1	2	1	2	0	2	1	2	0
CHIGUERQUE	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
CHIO	4	4	4	3	5	5	5	7	6	5
DISEMINADO	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
ACOJEJA	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
ARIPE	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
CHIRCHE	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
GUIA DE ISORA	12	12	15	15	17	16	16	16	14	15
JARAL (EL)	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
POZO (EL)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
TEJINA	2	2	2	2	3	2	3	3	2	4
VERA DE ERQUES	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2
DISEMINADO	2	1	2	1	2	1	1	1	3	1
AGUA DULCE	2	0	3	1	2	2	2	1	3	0
FONSALIA	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1

PIEDRA HINCADA	2	1	1	1	2	1	4	3	3	3
PLAYA DE SAN JUAN	8	7	11	10	18	15	18	16	16	15
DISEMINADO	2	1	3	1	3	2	3	2	3	1
TOTAL GUÍA DE ISORA	54	40	60	46	76	57	76	68	72	60

Muestra proporcional según núcleos de población, sexo y grupos de edad del Municipio de Guía de Isora

Fuente: Ayuntamiento de Guía de Isora.: Padrón Municipal de Habitantes. Fecha: 20/03/2007.

Elaboración propia: geas7>Consultoría Social

Respecto a la distribución basada en el sexo, edades y núcleos de población podemos destacar como en líneas generales, el municipio de Guía de Isora presenta una masculinización de su población, debido fundamentalmente al proceso migratorio concentrado en este último lustro. Hemos respetado esta característica, pues en la literatura científica, se alude a un mayor consumo y abuso de los hombres de sustancias adictivas y por tanto podremos observar mejor este fenómeno.

	40-44		45-49		50-54		55-59		60-64	
Núcleo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
ALCALA	11	10	8	7	7	7	4	4	4	3
CUEVA DEL POLVO	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0
VARADERO (EL)	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
DISEMINADO	2	0	2	0	3	0	1	0	0	0
CHIGUERGUE	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
CHIO	4	6	4	4	2	4	3	2	1	1
DISEMINADO	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0
ACOJEJA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ARIPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CHIRCHE	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0
GUIA DE ISORA	13	13	11	11	9	10	6	6	6	6
JARAL (EL)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POZO (EL)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEJINA	2	3	2	2	3	1	1	1	1	1
VERA DE ERQUES	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
DISEMINADO	3	1	2	0	3	0	1	1	1	1
AGUA DULCE	2	1	2	1	2	0	1	1	1	0
FONSALIA	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0
PIEDRA HINCADA	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1
PLAYA DE SAN JUAN	14	12	8	8	7	7	8	7	8	7
DISEMINADO	3	1	3	1	1	1	1	1	0	0
TOTAL GUÍA DE ISORA	63	55	50	39	41	37	32	27	25	22

Fuente: ISTAC.: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes. 2005.

Elaboración propia: geas7>Consultoría Social

Núcleo	Hombre	Mujer	Total
ALCALA	87	79	166
CUEVA DEL POLVO	9	3	12
VARADERO (EL)	7	7	14
DISEMINADO	17	3	20
CHIGUERGUE	11	8	19
CHIO	38	41	79
DISEMINADO	4	7	11
ACOJEJA	5	0	5
ARIPE	4	0	4
CHIRCHE	10	1	11
GUIA DE ISORA	119	120	239
JARAL (EL)	2	1	3
POZO (EL)	6	0	6
TEJINA	21	21	42
VERA DE ERQUES	5	10	15
DISEMINADO	20	8	28
AGUA DULCE	20	7	27
FONSALIA	6	5	11
PIEDRA HINCADA	20	15	35
PLAYA DE SAN JUAN	116	104	220
DISEMINADO	22	11	33
TOTAL GUÍA DE ISORA	549	451	1.000

Fuente: ISTAC.: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes. 2005.

Elaboración propia: geas7>Consultoría Social

Resultados y Análisis

Finalmente, en este apartado vamos a presentar los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas en Guía de Isora. A fin de poder ofrecer una comparativa con otras investigaciones realizadas en estos últimos años, emplearemos los datos de la última Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España⁶ del Plan Nacional sobre Drogas (2005-2006). Además, integraremos en el marco comparativo datos sobre Canarias y Tenerife, disponibles a través de las siguientes encuestas: Encuesta de Salud 2004 (ISTAC); Estudio Epidemiológico sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados 1999 (II Plan Canario sobre Drogas).

Posteriormente, se irán analizando todas y cada una de las preguntas realizadas, deteniéndonos en el siguiente cruce de variables:

Datos totales del municipio de Guía de Isora:

Datos de situación personal y social:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, estudios, origen, tamaño demográfico por núcleo poblacional
- Variables de uso y tiempo libre
- Franjas horarias de cese de actividad (solamente en menores de 18 años)
- Variable socioeconómica: estatus laboral

Tabaco: Edad de inicio, frecuencia, entorno de consumo y predisposición a participar en actividades para dejar la adicción.

- Consumo según sexo
- Consumo según grupos de edad
- Consumo según nivel de estudios
- Consumo según actividad profesional
- Consumo según Núcleos de Población

Bebidas Alcohólicas: Edad de inicio, frecuencia, tipo de bebida alcohólica y número de intoxicaciones etílicas.

- Consumo según sexo
- Consumo según grupos de edad
- Consumo según nivel de estudios
- Consumo según actividad profesional
- Consumo según Núcleos de Población

⁶ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>

Drogas de comercio ilegal: Uso, inicio y frecuencia del consumo, percepción del grado de dificultad de compra y de riesgo para la salud.

- Consumo según sexo
- Consumo según grupos de edad
- Consumo según nivel de estudios
- Consumo según actividad profesional
- Consumo según Núcleos de Población

Efectos experimentados al usar drogas, razones para su consumo y opiniones sobre intervenciones realizadas:

- Problemas, efectos, motivos relacionados con el consumo de drogas
- Lugares y compañías relacionadas con el consumo de drogas
- Información sobre drogas, agentes informantes y valoración de los canales de información.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1. Datos de situación personal y social:

- Variables sociodemográficas:

Sexo: 54,40% son hombres y 45,60% son mujeres.

Edad: Entre 15 y 65 años.

15 a 18	8,60%
19 a 25	13,90%
26 a 35	28,00%
36 a 45	23,30%
46 a 55	15,60%

56 a 65 10,60%

Lugar de nacimiento:

En el municipio de Guía de Isora	43,00%
En otro municipio de la isla de Tenerife	21,30%
En otra isla de Canarias	8,10%
En otra Comunidad Autónoma	10,20%
En el extranjero	17,30%

Nivel de estudios:

Analfabeto, sin estudios o menos de Primaria	6,50%
Primaria	25,30%
Primer ciclo ESO	9,50%
Segundo ciclo ESO	18,80%
1º y 2º Bachillerato	19,00%
1º y 2º FP o Módulos profesionales	8,30%
Medios y 1er. Ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas	5,50%
Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)	5,70%
Otros. Especificar	0,30%

Núcleo poblacional:

Acojeja	0,50%
Aguadulce	2,80%
Alcalá	16,60%
Aripe	0,40%
Chiguergue	1,90%
Chío	7,70%
Chirche	1,10%
Cueva del Polvo	1,20%
Fonsalía	1,10%
Guía de Isora - Casco	22,40%
Jaral, El	0,40%
Piedra Hincada	3,50%
Playa de San Juan	22,60%
Pozo, El	0,80%
Tejina	4,20%
Varadero, El	1,40%
Vera de Erques	1,50%
Otros núcleos diseminados	9,90%

Tipología de Hogares según convivencia:

Casado/a o viviendo en pareja con o sin hijos/as	61,90%
Vive solo/a con hijos/as	2,10%
Vive solo/a	7,40%
Vive con su familia de origen (padres, hermanos, etc)	24,00%
Vive con otros familiares (tíos, abuelos, etc.)	1,80%
Vive con amigos/as o compañeros/as de piso	1,70%

Otros modelos de convivencia	0,90%
------------------------------	-------

Ocupación económica:

Empresarios grandes y altos directivos de la empresa privada o la Administración	0,20%
Empresarios medios y pequeños, autónomos, comerciantes y propietarios agrícolas	3,40%
Profesionales, técnicos y cuadros medios	5,30%
Funcionarios, y miembros Fuerzas Armadas y de Seguridad	3,20%
Trabajadores y empleados de los servicios	35,00%
Trabajadores de la industria	5,70%
Trabajadores y jornaleros del campo	10,60%
En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio	3,90%
En paro, con trabajo anterior, sin subsidio	3,00%
Buscando primer empleo	0,80%
Estudiante	9,10%
Ama de casa	9,70%
Pensionista (minusvalías, etc)	5,90%
Otra situación, especificar	3,00%

▪ **Variables de uso y tiempo libre:**

	Nunca	Anual	Mensual	Semanal	Diaria
Lectura	30,90%	3,30%	12,60%	26,00%	26,80%
Música	6,80%	0,30%	1,10%	13,60%	77,20%
Cine	46,50%	17,30%	28,20%	6,30%	1,20%
Videojuegos	76,30%	1,10%	4,60%	9,80%	7,80%
TV	1,80%	0,10%	0,80%	9,00%	87,80%
Salir a bares, Discotecas	46,50%	4,70%	15,50%	26,90%	5,70%

Reuniones con amistades	17,90%	2,10%	12,80%	40,80%	26,00%
Practicar deporte	56,50%	0,70%	3,00%	23,00%	16,40%
Voluntariado	95,90%	0,40%	0,80%	1,10%	1,40%

Comparativamente, podemos apuntar que la tasa española de lectura diaria se sitúa en el 39,9% frente al 26,80 de Guía de Isora.

En cuanto al deporte, la tasa de población española que no practica nunca deporte es del 63,00% frente al 56,50% de Guía de Isora.

Diferencias por sexos:

Lectura	Hombres	Mujeres	Total	Música	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	35,79	25,33	31,02	Nunca	6,70	7,06	6,87
Anual	3,69	2,86	3,31	Anual	0,19	0,44	0,30
Mensual	11,99	13,44	12,65	Mensual	0,93	1,32	1,11
Semanal	24,17	28,41	26,10	Semanal	12,29	15,45	13,74
Diaria	24,35	29,96	26,91	Diaria	79,89	75,72	77,98
Total	100,00	100,00	100,00	Total	100,00	100,00	100,00

Cine	Hombres	Mujeres	Total	Videojuego	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	45,76	47,90	46,73	Nunca	64,94	90,53	76,61
Anual	16,61	18,32	17,39	Anual	2,03	0,00	1,10
Mensual	29,52	26,93	28,34	Mensual	5,72	3,30	4,62
Semanal	6,64	5,96	6,33	Semanal	15,13	3,52	9,84

Diaria	1,48	0,88	1,21
Total	100,00	100,00	100,00

Diaria	12,18	2,64	7,83
Total	100,00	100,00	100,00

TV	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	1,48	2,21	1,81
Anual	0,00	0,22	0,10
Mensual	0,92	0,66	0,80
Semanal	9,59	8,39	9,05
Diaria	88,01	88,52	88,24
Total	100,00	100,00	100,00

BaresDisco	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	38,15	57,17	46,83
Anual	4,63	4,86	4,73
Mensual	14,44	17,00	15,61
Semanal	33,89	18,98	27,09
Diaria	8,89	1,99	5,74
Total	100,00	100,00	100,00

Reuniones	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	11,62	25,55	17,97
Anual	1,11	3,30	2,11
Mensual	10,33	15,86	12,85
Semanal	43,36	38,11	40,96
Diaria	33,58	17,18	26,10
Total	100,00	100,00	100,00

Deporte	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	49,72	65,05	56,73
Anual	0,37	1,10	0,70
Mensual	4,44	1,32	3,01
Semanal	26,99	18,46	23,09
Diaria	18,48	14,07	16,47
Total	100,00	100,00	100,00

Voluntariado	Hombres	Mujeres	Total
Nunca	96,86	95,59	96,29

Anual	0,18	0,66	0,40
Mensual	0,55	1,10	0,80
Semanal	0,92	1,32	1,10
Diaria	1,48	1,32	1,41
Total	100,00	100,00	100,00

Apuntamos las diferentes tasas en cuanto a frecuencia diaria de actividades entre mujeres y hombres. Diariamente, los hombres afirman practicar más deporte, jugar a videojuegos, escuchar más música, salir más a bares y discotecas, reunirse con amistades que las mujeres. En cambio, éstas presentan unas tasas diarias más elevadas en lectura y ver televisión.

Diferencias por sexo y grupos de edad:

	Hombres						Mujeres						Total
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
LECTURA													
Nunca	32	44	32	29	42	43	9	28	24	22	26	44	31
Anual	8	5	1	3	5	3	9	0	5	1	1	2	3
Mensual	18	9	13	14	12	5	11	20	15	12	13	6	13
Semanal	34	32	23	26	17	14	43	25	26	30	29	25	26
Diaria	8	9	30	29	24	34	29	28	29	35	31	23	27
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Hombres						Mujeres						Total
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
MUSICA													
Nunca	2	0	1	5	5	41	3	2	2	9	10	21	7



Anual	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Mensual	0	0	1	1	1	4	0	0	1	1	1	6	1
Semanal	4	5	9	11	28	16	3	7	15	18	25	19	14
Diaria	94	95	89	82	66	39	94	92	82	72	64	49	78
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Hombres						Mujeres						Total
CINE	15	19	26	36	46	55	15	19	26	36	46	55	
	18	25	35	45	55	65	18	25	35	45	55	65	
Nunca	22	27	32	47	75	81	29	18	37	53	72	83	47
Anual	14	14	17	25	17	3	14	16	22	24	15	4	17
Mensual	54	40	41	22	8	12	54	44	31	21	11	10	28
Semanal	10	14	9	4	0	3	3	18	8	2	1	2	6
Diaria	0	4	1	2	0	0	0	3	2	0	0	0	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Hombres						Mujeres						Total
VIDEOJUEGOS	15	19	26	36	46	55	15	19	26	36	46	55	
	18	25	35	45	55	65	18	25	35	45	55	65	
Nunca	10	32	58	80	96	97	63	74	94	98	97	96	77
Anual	4	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mensual	8	12	7	4	2	0	6	11	2	2	0	4	5
Semanal	28	30	21	10	1	2	9	11	3	0	3	0	10
Diaria	50	21	12	5	0	2	23	3	2	0	0	0	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



	Hombres						Mujeres						Total
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
TELEVISIÓN													
Nunca	2	0	3	1	0	3	0	5	4	0	3	0	2
Anual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Mensual	0	3	1	0	0	3	0	3	0	0	0	2	1
Semanal	8	13	13	5	12	5	3	12	8	7	7	13	9
Diaria	90	84	84	94	88	88	97	80	88	93	90	83	88
Total	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	100
	Hombres						Mujeres						Total
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
BARES Y DISCO													
Nunca	38	27	26	40	59	52	43	18	49	69	76	85	47
Anual	0	6	3	6	6	3	3	5	6	7	0	4	5
Mensual	18	19	22	11	5	5	20	23	26	14	7	4	16
Semanal	42	39	36	35	23	26	34	51	18	9	10	6	27
Diaria	2	8	12	7	7	14	0	3	1	1	7	0	6
Total	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	100
	Hombres						Mujeres						Total
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
REUNION AMIGOS													
Nunca	4	5	7	13	24	17	6	8	20	35	36	42	18
Anual	0	1	0	1	4	2	0	2	2	5	4	8	2

Mensual	2	8	14	10	11	12	8	3	26	18	14	8	13
Semanal	14	38	45	57	42	45	31	48	45	36	29	33	41
Diaria	80	48	34	20	19	24	56	39	8	7	17	8	26
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Hombres						Mujeres						Total
DEPORTE	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
Nunca	22	31	44	52	73	74	56	66	66	67	68	60	57
Anual	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	2	1
Mensual	0	5	5	5	4	5	0	2	1	3	1	0	3
Semanal	32	45	28	28	16	9	28	18	18	16	15	25	23
Diaria	46	18	22	14	7	12	17	15	13	14	15	13	16
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Hombres						Mujeres						Total
VOLUNTARIADO	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65	
Nunca	100	99	95	97	96	97	100	95	97	96	92	94	96
Anual	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0
Mensual	0	0	0	2	0	2	0	3	2	0	1	0	1
Semanal	0	1	3	0	0	0	0	2	1	2	1	2	1
Diaria	0	0	2	2	2	2	0	0	1	1	4	2	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Si comparamos a menores de 18 años: los hombres de estas edades superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de videojuegos, salir a bares y discotecas, reuniones con amigos y practicar deporte. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres en las categorías de lectura y televisión.

En la franja de 19 a 25 años: los hombres de estas edades superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de videojuegos, salir a bares y discotecas, reuniones con amigos y practicar deporte. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres en las categorías de lectura y televisión.

En la franja de 26 a 35 años: los hombres de estas edades superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de lectura, videojuegos, salir a bares y discotecas, reuniones con amigos y televisión. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres solamente en la categoría de lectura. En cuanto a practicar deporte, están igualadas ambos sexos.

En la franja de 36 a 45 años: los hombres de estas edades solamente superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de salir a bares y discotecas, reuniones con amigos y lectura. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres en el resto de las categorías.

En la franja de 46 a 55 años: los hombres de estas edades solamente superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de música. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres en el resto de las categorías y se igualan en la categoría de salir a bares y discotecas.

Finalmente, en la franja de 56 a 65 años: los hombres de estas edades superan en tasa diaria a las mujeres en las categorías de lectura, salir a bares y discotecas y reuniones con amistades. Por su parte, las mujeres de estas edades superan en tasa diaria a los hombres en el resto de las categorías y se igualan en la categoría de salir a bares y discotecas.

▪ **Franjas horarias de cese de actividad (menores de 18 años)**

Lectura	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	23	13	36	95,83	81,25	90,00
Entre 10 y 12 noche	1	3	4	4,17	18,75	10,00
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	24	16	40	100,00	100,00	100,00

Música	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	27	16	43	93,10	94,12	93,48
Entre 10 y 12 noche	1	1	2	3,45	5,88	4,35
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	1	0	1	3,45	0,00	2,17
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	29	17	46	100,00	100,00	100,00

Cine	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	19	14	33	79,17	87,50	82,50
Entre 10 y 12 noche	5	2	7	20,83	12,50	17,50
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	24	16	40	100,00	100,00	100,00

Videojuegos	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	16	11	27	69,57	91,67	77,14
Entre 10 y 12 noche	7	1	8	30,43	8,33	22,86
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	23	12	35	100,00	100,00	100,00

TV	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	21	10	31	70,00	55,56	64,58
Entre 10 y 12 noche	7	6	13	23,33	33,33	27,08
Entre 12 y 2 madrugada	0	2	2	0,00	11,11	4,17
Entre 2 y 4 madrugada	1	0	1	3,33	0,00	2,08
A partir de 4 madrugada	1	0	1	3,33	0,00	2,08
Total	30	18	48	100,00	100,00	100,00

Bares y Disco	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	9	4	13	47,37	44,44	46,43
Entre 10 y 12 noche	1	1	2	5,26	11,11	7,14
Entre 12 y 2 madrugada	1	1	2	5,26	11,11	7,14
Entre 2 y 4 madrugada	3	1	4	15,79	11,11	14,29
A partir de 4 madrugada	5	2	7	26,32	22,22	25,00
Total	19	9	28	100,00	100,00	100,00

Reunión amigos	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	26	18	44	86,67	94,74	89,80
Entre 10 y 12 noche	3	1	4	10,00	5,26	8,16
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	1	0	1	3,33	0,00	2,04
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	30	19	49	100,00	100,00	100,00

Practicar deporte	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	26	9	35	100,00	90,00	97,22
Entre 10 y 12 noche	0	1	1	0,00	10,00	2,78
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	26	10	36	100,00	100,00	100,00

Voluntariado	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Antes 10 noche	11	4	15	100,00	100,00	100,00
Entre 10 y 12 noche	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 12 y 2 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Entre 2 y 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
A partir de 4 madrugada	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Total	11	4	15	100,00	100,00	100,00

Tanto la lectura como la música se suele finalizar antes de las 10 de la noche, aunque destacamos que las chicas superan a los chicos en terminar más tarde estas actividades.

Llama la atención el 25% de los menores de 18 años finalizan sus salidas a bares y a discotecas a partir de las 4 de la madrugada, siendo los chicos los que superan a las chicas en un 3%.

Respecto a las reuniones con amistades, casi el 90% las finaliza antes de las 10 de la noche, aunque de nuevo son los chicos, los que doblan el porcentaje de chicas, finalizando entre las 10 y las 12 de la noche.

Por lo tanto, socialmente se sigue interiorizando que las mujeres pueden finalizar sus actividades más tarde siempre y cuando sean dentro del espacio privado. El espacio público, la calle y los bares, sigue predominando los hombres.

2. Consumo de Tabaco y de Alcohol:

■ TABACO:

¿Fuma tabaco?	Tasa
Nunca he fumado	43,40 %
No fumo, pero sí era fumador/a	22,10 %
Sólo fumo ocasionalmente	3,80 %
Fumo diariamente	30,30 %
NS/NC	0,30 %
Total	100,00 %
Base	(1.000)

Comparativamente, la tasa de población isorana que fuma tabaco diariamente es menor que la canaria (32,90%) y la española (32,80%). Aunque, la población isorana que no ha fumado tabaco nunca representa el 56,6% frente a la canaria con un 50,60% de la canaria o a la española con un 68,9%. Lo cual supone un mayor contacto con el tabaco, si bien es verdad que no se consume diariamente. La tasa de población fumadora diaria se sitúa en el 30,30%, una cifra inferior al 31,60% de Canarias o al 32,80% de España.

▪ **Edad de inicio:**

Ámbito Territorial	Edad de Inicio
España	16,4
Canarias	16,76*
Guía de Isora	15,5

La edad media de inicio en Guía de Isora es menor en casi un punto respecto a la media española.

▪ **Frecuencia diaria de consumo:**

Frecuencia	Tasa
Entre 1 y 10 cigarrillos (moderado)	42 %
Entre 11 y 20 cigarrillos (medio-alto)	46 %
Más de 20 cigarrillos (extremo)	12 %
Total	100 %
Base	(431)

La media de consumo medio de cigarrillos está en 17,95. Siendo alta, ya que supera a la media española con 14,50 se sitúa por debajo de los 19,75 cigarrillos/día de Canarias.

▪ **Situaciones asociadas a un mayor consumo**

Circunstancia	Tasa
Nervios o estrés	52 %

Aburrimiento	8 %
Diversión	10 %
Descanso	6 %
Otras	12 %
NS/NC	12 %

▪ **Entorno de consumo**

Lugar	Tasa
Fiestas y bares	34 %
Casa	26 %
Colegio/Instituto/Facultad	0 %
Otros lugares	34 %
NS/NC	6 %
Otros lugares: Calle	59 %
Otros lugares: indiferente	21 %
Otros lugares; trabajo	17 %

▪ **Motivación para dejar el tabaco**

¿ Dejaría de Fumar?	Tasa
No, nunca	32 %
Alguna vez lo he intentado y he vuelto	52 %
Sí, ahora por la Ley del Tabaco	13 %
Sí, por motivos de salud	3 %

▪ **Predisposición a participar en actividades para dejar la adicción.**

Participación en actividades para dejar de fumar	Tasa
Sí	18,40%
No	10,80%
NS/NC	6,70%

▪ **Consumo según sexo:**

Consumo de Tabaco	Hombres	Mujeres	Total
Nunca he fumado	34,81	53,61	43,40
No fumo, pero sí era fumador/a	25,05	18,60	22,10
Sólo fumo ocasionalmente	4,97	2,41	3,80
Fumo diariamente	34,81	24,95	30,30
NS/NC	0,18	0,00	0,10
Total	54,30	45,70	100,00
Nº Parcial Resp.:			1.000

Observamos diferencias respecto al consumo habitual que hacen hombres y mujeres del tabaco. Mientras que las mujeres que fuman diariamente son cerca del 25% de la muestra, los hombres que fuman a diario suponen casi 10 puntos más. En cambio, las mujeres que nunca han fumado son cerca de 20 puntos más que los hombres.

▪ **Consumo según grupos de edad:**

	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65	Total
Nunca he fumado	60,47	47,10	38,43	38,20	39,10	55,66	43,40
No fumo, pero sí era fumador/a	5,81	15,94	20,64	30,04	25,00	25,47	22,10

Sólo fumo ocasionalmente	8,14	7,25	4,63	2,15	1,92	0,00	3,80
Fumo diariamente	24,42	29,71	35,59	29,61	33,97	18,87	30,30
NS/NC	1,16	0,00	0,71	0,00	0,00	0,00	0,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

A medida que avanzamos en años, la proporción de fumadores diarios desciende hasta menos del 20%. Sin embargo se da la relación inversa, a menos años, mayor consumo ocasional de tabaco.

Comparativamente, la población isorana de menos de 18 años, está debajo de la media de consumo de tabaco, siendo superior a la media en las cohortes de edad de 26 a 35 y de 46 a 55 años.

Diferencias según sexo y grupos de edad:

	Hombre					
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65
Nunca he fumado	56,00	44,16	32,21	28,8	30,95	29,31
No fumo, pero sí era fumador/a	8,00	16,88	22,15	30,4	26,19	44,83
Sólo fumo ocasionalmente	12,00	10,39	3,36	4	3,57	0,00
Fumo diariamente	22,00	28,57	41,61	36,8	39,29	25,86
NS/NC	2,00	0,00	0,67	0	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100	100,00	100,00

El consumo diario de tabaco entre los chicos isoranos es menor que entre las chicas. Los hombres menores que nunca han fumando son 10 puntos menos que las mujeres de esta franja de edad.

El porcentaje de fumadores diarios se concentra entre los 26 y 55 años, descendiendo a partir de los 55 años, ya que superan la tasa media de fumadores diarios.

	Mujer					
	15 a 18	19 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	55 a 65
Nunca he fumado	66,67	50,82	45,45	49,07	48,61	87,50
No fumo, pero sí era fumador/a	2,78	14,75	18,94	29,63	23,61	2,08
Sólo fumo ocasionalmente	2,78	3,28	6,06	0,00	0,00	0,00
Fumo diariamente	27,78	31,15	28,03	21,30	27,78	10,42
NS/NC	0,00	0,00	1,52	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

El consumo en todas las cohortes de edad, exceptuando la de 55 a 65 años es superior a la tasa media de fumadoras diarias del municipio.

Si observamos el consumo en las mujeres menores de 18 años es igual al que hace la franja de edad de 46 a 55 años. Si bien es cierto que el porcentaje de mujeres menores de 18 años que nunca ha fumado es mayor que en el de los hombres de la misma franja de edad, sin embargo tienen una tasa de consumo diario más elevada. El consumo diario disminuye a partir de los 36 años siendo de apenas el 11% en mayores de entre 55 y 65 años.

■ **Consumo según nivel de estudios:**

Códigos de las tablas

A. Analfabeto, sin estudios o menos de Primaria

B. Primaria

C. Primer ciclo ESO

D. Segundo ciclo ESO

E. 1º y 2º Bachillerato

F. 1º y 2º FP o Módulos profesionales

G. Medios (escuelas universitarias) y 1er. Ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas

H. Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)

I. Otros. Especificar

J. NS/NC

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Nunca he fumado	56,1	40,4	38,8	43,5	40,5	44,9	27,4	41,5	25	31,3
No fumo, pero sí era fumador/a	21,2	22,4	21,4	19,4	24,1	15,7	30,6	15,4	0	0
Sólo fumo ocasionalmente	3,03	3,53	5,1	3,14	4,1	2,25	4,84	4,62	0	0
Fumo diariamente	18,2	32,9	30,6	31,9	27,7	30,3	25,8	26,2	0	6,25
NS/NC	0	0	1,02	0	1,03	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Los perfiles que fuman más que la media son B y C, es decir, con estudios de Primaria o Primer ciclo de la ESO. Y los que menos consumen son los perfiles A (población analfabeta-mayormente con edades superiores a 60 años), G y H (con estudios universitarios).

Diferencias según sexo y Nivel de estudios:

	Hombres									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Nunca he fumado	34	21	33	44	35	45	21	43	100	80
No fumo, pero sí era fumador/a	29	26	23	19	30	17	45	23	0	0
Sólo fumo ocasionalmente	6	6	6	4	5	2	7	7	0	0

Fumo diariamente	31	48	38	32	28	36	28	27	0	20
NS/NC	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Las mayores diferencias entre hombres se dan entre el perfil B (Primaria) y el G (Medios) pues si bien ambos perfiles poseen tasas de nunca haber fumado similares, el B dobla al G en tasa de fumar diariamente.

Mujeres										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Nunca he fumado	83	60	47	45	50	42	42	52	100	100
No fumo, pero sí era fumador/a	13	19	21	20	18	23	23	11	0	0
Sólo fumo ocasionalmente	0	2	4	1	4	4	4	4	0	0
Fumo diariamente	3	19	26	34	29	31	31	33	0	0
NS/NC	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

En el caso de las mujeres, si que se observa que a mayor nivel de estudios (G y H), menor tasa de nunca haber fumado. Esta relación está también ligada a la edad, pues la población femenina analfabeta se concentra en las cohortes de edad superiores a 60 años. En este caso, un mayor nivel de estudios, si se observa comparativamente, que las mujeres con estudios universitarios presentan una tasa superior de fumar a diario que los hombres de esta misma categoría.

▪ **Consumo según sexo y actividad profesional:**

Códigos de la tabla

1. Empresarios grandes y altos directivos de la empresa privada o la Administración
2. Empresarios medios y pequeños, autónomos, comerciantes, y pequeños propietarios agrícolas
3. Profesionales, técnicos y cuadros medios
4. Funcionarios, y miembros Fuerzas Armadas y de Seguridad
5. Trabajadores y empleados de los servicios
6. Trabajadores de la industria
7. Trabajadores y jornaleros del campo
8. En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio
9. En paro, con trabajo anterior, sin subsidio
10. Buscando primer empleo
11. Estudiante
12. Ama de casa
13. Pensionista (minusvalías, etc)
14. Otra situación, especificar
15. NS/NC

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Nunca he fumado	0	47	32	59	35	44	48	38	37	38	65	56	44	37	55	43
No fumo, pero sí era fumador/a	0	38	30	13	24	19	19	31	17	0	14	25	24	13	0	22
Sólo fumo ocasionalmente	0	0	4	0	4	5	2	3	7	13	8	2	0	10	9	4

Fumo diariamente	100	15	34	28	37	32	31	28	37	50	12	16	32	40	36	30
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Superan la tasa media de consumo diario de tabaco los perfiles vinculados a empresarios/as grandes; profesionales y cuadros medios; trabajadores/as de los servicios; en paro con trabajo anterior y sin subsidio; buscando primer empleo y pensionista. Por tanto, se observan tasas inferiores a la media en empresarios/as pequeños/as; funcionarios/as; en paro con trabajo anterior y cobrando subsidio; estudiantes y amas/os de casa.

Diferencias por sexos:

VALORES PRIMER GRUPO

1. Empresarios grandes y altos directivos de la empresa privada o la Administración
2. Empresarios medios y pequeños, autónomos, comerciantes, y pequeños propietarios agrícolas
3. Profesionales, técnicos y cuadros medios
4. Funcionarios, y miembros Fuerzas Armadas y de Seguridad
5. Trabajadores y empleados de los servicios
6. Trabajadores de la industria
7. Trabajadores y jornaleros del campo
8. En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio
9. En paro, con trabajo anterior, sin subsidio
10. Buscando primer empleo
11. Estudiante
12. Ama de casa

	1		2		3		4		5		6		7		8	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Nunca he fumado	0	0	41	58	20	48	55	67	27	46	42	60	45	54	37	40
No fumo, pero sí era fumador/a	0	0	45	25	40	17	15	8	24	24	19	20	22	13	37	25
Sólo fumo ocasionalmente	0	0	0	0	7	0	0	0	5	2	6	0	1	3	0	5
Fumo diariamente	100	100	14	17	33	35	30	25	43	28	33	20	31	31	26	30
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	9		10		11		12		13		14		15		Total
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
Nunca he fumado	6	77	67	20	58	72	100	54	18	68	18	62	80	33	43
No fumo, pero sí era fumador/a	29	0	0	0	15	14	0	26	43	6	24	0	0	0	22
Sólo fumo ocasionalmente	6	8	0	20	15	0	0	2	0	0	12	8	0	17	4
Fumo diariamente	53	15	33	60	10	14	0	17	39	26	47	31	20	50	30
NS/NC	6	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

13. Pensionista (minusválías, etc)

14. Otra situación, especificar

15. NS/NC

VALORES SEGUNDO GRUPO

A. Hombre

B. Mujer

Las mayores desviaciones sobre la tasa media de consumo diario de tabaco se producen en hombres en los perfiles de empresarios grandes; profesionales y cuadros medios; trabajadores de los servicios; de la industria; del campo; en paro con trabajo anterior y sin subsidio; en paro con trabajo anterior y con subsidio; en pensionistas.

Respecto a las mujeres, presentan tasa de consumo diario muy elevadas en los perfiles de empresarias grandes; profesionales y cuadros medios; trabajadoras del campo; en paro con trabajo anterior y con subsidio y, finalmente, buscando su primer empleo.

■ Consumo según Núcleos de Población

Nombre del núcleo de población	Tabaco
Acojeja*	40,00
Aguadulce	17,85
Alcalá	32,53
Aripe*	50,00
Chiguergue	42,11
Chío	42,86
Chirche	54,55
Cueva del Polvo	25,00
Fonsalía	18,18
Guía de Isora - Casco	22,32
Jaral, El*	50,00
Piedra Hincada	22,86
Playa de San Juan	30,09

Pozo, El*	25,00
Tejina	45,24
Varadero, El	50,00
Vera de Erques	26,67
Otros núcleos diseminados	28,28
Total del Municipio	30,30

* menos de 10 observaciones muestrales

Las diferencias en cuanto a enclave poblacional son importantes. De mayor consumo diario nos encontramos con Chirche, El Jaral, Aripe, El Varadero y Tejina. En el otro extremo, estarían Aguadulce, Fonsalía y Guía-Casco.

▪ **ALCOHOL:**

¿ Ha tomado alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida?	Tasa
Sí	78,20%
No	21,50%
NS/NC	0,30%

El 78,20% de la población ha tomado bebidas alcohólicas frente al 21,50% de la población que nunca las ha tomado. Comparativamente, la población isorana ha tenido contacto con bebidas alcohólicas en menor medida que la población canaria o española, con unas tasas del 81% y 88,6%, respectivamente.

¿ Ha tomado alguna bebida alcohólica en el último año?	Tasa
Sí	66,30%
No	27,20%
NS/NC	1,70%

El 66,30% de la población ha tomado bebidas alcohólicas frente al 27,20% de la población que nunca las ha tomado. Comparativamente, la población isorana consume anualmente bebidas alcohólicas en menor medida que la población española, con una tasa del 76,7%.

¿ Ha tomado alguna bebida alcohólica en el último mes?	Tasa
Sí	51,50%
No	42%
NS/NC	1,90%

El 51,50% de la población ha tomado bebidas alcohólicas frente al 42% de la población que nunca las ha tomado. Comparativamente, la población isorana consume mensualmente bebidas alcohólicas en menor medida que la población canaria o española, con unas tasas del 58% y 64,6%, respectivamente.

▪ **Edad de inicio:**

Ámbito Territorial	Edad de Inicio
España	16,7
Canarias	16,55
Guía de Isora	16,9

La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas en la población de Guía de Isora es superior a la de Canarias y España.

▪ **Frecuencia de consumo:**

- Días laborables (lunes a jueves)

	Todos los días	3 días por semana	2 días por semana	1 día por semana	Menos de 1 día por semana	No he consumido en días laborales este tipo de bebida
Vino	5,80%	0,90%	1,40%	2%	0,40%	89,40%
Cerveza	3,70%	1,10%	2%	1,90%	0,70%	90,50%
Aperitivos	0,20%	0,00%	0,10%	0,30%	0,00%	99,30%
Combinados	0,70%	0,10%	0,00%	0,10%	0,50%	98,20%
Licores	0,30%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	99%
Total	10,70%	2,10%	3,50%	4,50%	1,60%	77,6%

El consumo diario de bebidas alcohólicas asciende al 10,70% de la población. Sin embargo el total de la población que afirma haber hecho consumo en días laborables asciende al 22,4%, frente al 77,6% que no ha consumido.

■ Fines de semana (viernes a domingo)

	Todos los días	3 días por semana	2 días por semana	1 día por semana	Menos de 1 día por semana	No he consumido en fin de semana este tipo de bebida
Vino	5,10%	0,40%	3,50%	6,80%	2,30%	81,30%
Cerveza	3,60%	0,60%	5,50%	11,70%	3,30%	75,10%
Aperitivos	0,60%	0,00%	0,20%	0,60%	0,00%	98,40%
Combinados	1%	0,40%	4,50%	8,60%	2,30%	82,80%
Licores	0,50%	0,00%	1,10%	2%	0,40%	95,70%
Total	10,80%	1,40%	14,80%	29,70%	8,30%	35,00%

El consumo diario de bebidas alcohólicas asciende al 10,80% de la población. Sin embargo el total de la población que afirma haber hecho consumo en fines de semana asciende al 65%, frente al 35% que no ha consumido.

Por lo tanto, si comparamos la ingesta de bebidas alcohólicas en relación a la tipología establecida de días laborables y fines de semana, se observa como el consumo se realiza fundamentalmente entre viernes, sábado y domingo.

Respecto a otros ámbitos territoriales, la población isorana presenta, de promedio de las dos categorías de días, una tasa menor frente a la población canaria y española, con un 13% y 14,9%, respectivamente.

▪ **Tipo de bebida alcohólica:**

Empleando las dos tablas anteriores, podemos señalar que el vino es la bebida alcohólica más frecuentemente consumida a diario en días laborables, mientras que en fines de semana, lo es la cerveza.

Si nos fijamos en los combinados, a diario solamente son consumidos por el 1,8% de la población frente al consumo del 17,2% durante el fin de semana.

Haciendo una comparación con la población española, se observa que durante los días laborables el 10,6% de la población isorana bebe vino frente al 10,4% de la población española. Le sigue la cerveza, que representa el 9,5% del consumo en Guía de Isora frente al 7,7% en España. Finalmente, el consumo de combinados, supone el 1,8% del consumo en Guía de Isora frente al 0,4% en España

Durante el fin de semana, el tipo de bebida consumida cambia. El 24,9% de la población isorana bebe cerveza frente al 20,8% de la población española. Le sigue el vino, que representa el 18,1% del consumo en Guía de Isora frente al 15,9% en España. Finalmente, el consumo de combinados, supone el 17,2% del consumo en Guía de Isora frente al 10,8% en España

▪ **Número de intoxicaciones etílicas:**

¿Se ha emborrachado en los últimos 30 días	Tasa
Sí	6,10%
No	88,90%

La tasa de población isorana que admite haberse emborrachado en los últimos 30 días es inferior a la tasa española, que es del 11%

▪ **Consumo según sexo:**

Alcohol: Alguna vez en la vida				Alcohol: Consumo en el último año			
	Hombres	Mujeres	Total		Hombres	Mujeres	Total
Sí	86,40	68,42	78,20	Sí	79,36	57,55	69,64
No	13,60	30,92	21,50	No	19,51	39,86	28,57
NS/NC	0,00	0,66	0,30	NS/NC	1,14	2,59	1,79
Total	100,00	100,00	100,00	Total	100,00	100,00	100,00

Alcohol: Consumo en el último mes			
	Hombres	Mujeres	Total
Sí	65,60	39,53	53,98
No	33,46	57,18	44,03
NS/NC	0,95	3,29	1,99
Total	100,00	100,00	100,00

Son evidentes las diferencias en el consumo de bebidas alcohólicas entre hombres y mujeres en Guía de Isora. Vemos como el 86,40% de los hombres las ha consumido alguna vez en su vida frente al 68,42% de las mujeres. En el último año, los hombres presentan una tasa de 79,36% frente a 57,55% de las mujeres. Finalmente, el en último mes es del 65,6% para los hombres frente al 39,53% de las mujeres

DIAS LABORABLES

Vino	Hombre	Mujer	Total	Cerveza	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	9	2	6	Todos los días	6	0	4

3 días por semana	1	1	1	3 días por semana	2	0	1
2 días por semana	2	1	1	2 días por semana	3	1	2
1 día por semana	2	2	2	1 día por semana	2	1	2
Menos de 1 día por semana	1	0	0	Menos de 1 día por semana	1	1	1
No he consumido este tipo de bebida	86	94	89	No he consumido este tipo de bebida	86	96	91
Total	100	100	100	Total	100	100	100

Aperitivos	Hombre	Mujer	Total	Combinados	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	0	0	0	Todos los días	1	0	1
3 días por semana	0	0	0	3 días por semana	0	0	0
2 días por semana	0	0	0	2 días por semana	0	0	0
1 día por semana	0	0	0	1 día por semana	0	0	0
Menos de 1 día por semana	0	0	0	Menos de 1 día por semana	1	0	1
No he consumido este tipo de bebida	99	100	99	No he consumido este tipo de bebida	98	99	99
Total	100	100	100	Total	100	100	100

Licores	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	1	0	0
3 días por semana	0	0	0
2 días por semana	0	0	0
1 día por semana	0	0	0

Menos de 1 día por semana	0	0	0
No he consumido este tipo de bebida	99	100	99
Total	100	100	100

En estas tablas se evidencia que en las tasas en días laborables de consumo diario, según tipos de bebidas alcohólicas, son los hombres los que hacen un mayor consumo.

Fines de semana

Vino	Hombre	Mujer	Total	Cerveza	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	7	2	5	Todos los días	6	0	4
3 días por semana	0	1	0	3 días por semana	1	0	1
2 días por semana	4	2	4	2 días por semana	9	1	6
1 día por semana	8	6	7	1 día por semana	16	7	12
Menos de 1 día por semana	2	2	2	Menos de 1 día por semana	3	3	3
No he consumido este tipo de bebida	78	86	82	No he consumido este tipo de bebida	65	88	75
Total	100	100	100	Total	100	100	100

Aperitivo	Hombre	Mujer	Total	Combinados	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	1	0	1	Todos los días	2	0	1
3 días por semana	0	0	0	3 días por semana	1	0	0
2 días por semana	0	0	0	2 días por semana	6	3	5

1 día por semana	1	0	1	1 día por semana	10	7	9
Menos de 1 día por semana	0	0	0	Menos de 1 día por semana	2	3	2
No he consumido este tipo de bebida	98	100	99	No he consumido este tipo de bebida	80	87	83
Total	100	100	100	Total	100	100	100

Licores	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	1	0	1
3 días por semana	0	0	0
2 días por semana	1	1	1
1 día por semana	2	2	2
Menos de 1 día por semana	0	1	0
No he consumido este tipo de bebida	96	96	96
Total	100	100	100

Respecto al consumo en fin de semana, en estas tablas se evidencia que en las tasas en días laborables de consumo diario, según tipos de bebidas alcohólicas, son los hombres los que hacen un mayor consumo.

▪ **Consumo según grupos de edad:**

Alcohol: Alguna vez en la vida							
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Sí	79	83	80	79	73	74	78
No	21	17	19	21	27	25	22
NS/NC	0	0	1	0	0	1	0

Total	100	100	100	100	100	100	100
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

Alcohol: Consumo en el último año							
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Sí	73	78	69	70	64	65	70
No	26	22	28	27	35	35	29
NS/NC	1	0	3	3	1	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Alcohol: Consumo en el último mes							
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Sí	47	52	57	55	55	50	54
No	52	48	40	42	43	50	44
NS/NC	1	0	3	4	1	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Si analizamos el consumo de bebidas alcohólicas por grupos de edad, nos encontramos que los menores de 18 años que afirman haberlas probado alguna vez y en el último año, presentan una tasa superior a la media de la población. Sin embargo, respecto al consumo en el último mes, poseen una tasa inferior a la media, concretamente, la menor de todos los grupos comparados.

El grupo de edad que concentra la tasa más elevada de consumo anual de bebidas alcohólicas es 19 a 25 años.

El grupo de edad que concentra la tasa más elevada de consumo mensual de bebidas alcohólicas es 26 a 35 años.

Frecuencia de consumo en el último mes: tipo de bebida y grupo de edad

Días laborables							
Vino	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	0,00	1,43	9,48	12,82	11,32	5,81
3 días por semana	0,00	0,00	1,43	0,86	0,00	2,83	0,90
2 días por semana	0,00	0,00	2,50	2,16	0,00	1,89	1,40
1 día por semana	0,00	0,72	2,50	1,29	3,85	2,83	2,00
Menos de 1 día	0,00	0,00	1,43	0,00	0,00	0,00	0,40
No he consumido	100,00	99,28	90,71	86,21	83,33	81,13	89,49
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cerveza	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	2,16	4,29	6,90	1,28	3,77	3,70
3 días por semana	1,16	0,00	2,14	0,43	0,64	1,89	1,10
2 días por semana	0,00	0,72	3,21	3,45	0,64	0,94	2,00
1 día por semana	1,16	0,72	3,21	2,16	1,28	0,94	1,90
Menos de 1 día	0,00	0,00	1,43	0,43	1,28	0,00	0,70
No he consumido	97,67	96,40	85,71	86,64	94,87	92,45	90,59
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Aperitivo	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total

Todos los días	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,20
3 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,94	0,10
1 día por semana	0,00	0,72	0,36	0,43	0,00	0,00	0,30
Menos de 1 día	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
No he consumido	100,00	99,28	99,64	98,71	100,00	99,06	99,40
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Combinados	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	0,73	0,00	1,30	0,64	1,89	0,70
3 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,94	0,10
2 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 día por semana	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00	0,10
Menos de 1 día	0,00	0,00	0,36	0,87	0,64	0,94	0,50
No he consumido	100,00	99,27	99,29	97,84	98,72	96,23	98,59
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Licores	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	0,00	0,00	0,86	0,64	0,00	0,30
3 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 día por semana	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,95	0,20
Menos de 1 día	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
No he consumido	100,00	100,00	99,64	99,14	99,36	99,05	99,50
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Vino: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades más avanzadas de 46 a 55 años y de 56 a 65 años.

Cerveza: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades medias de 26 a 35 años y de 36 a 45 años.

Combinados: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades de 36 a 45 años y de 56 a 65 años.

Fines de semana							
Vino	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	1,46	1,79	7,30	10,26	10,38	5,13
3 días por semana	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	1,89	0,40
2 días por semana	0,00	0,00	3,94	5,15	5,77	2,83	3,52
1 día por semana	0,00	1,46	8,60	6,87	7,69	13,21	6,84
Menos de 1 día	0,00	1,46	2,15	1,72	3,85	4,72	2,31
No he consumido	100,00	95,62	82,80	78,97	72,44	66,98	81,79
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Cerveza	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	3,60	3,21	7,73	1,94	0,94	3,61
3 días por semana	0,00	0,00	1,43	0,86	0,00	0,00	0,60
2 días por semana	2,35	4,32	7,14	8,15	4,52	0,94	5,51
1 día por semana	14,12	10,79	15,36	11,16	5,16	12,26	11,72
Menos de 1 día	0,00	4,32	4,29	1,29	5,81	2,83	3,31
No he consumido	83,53	76,98	68,57	70,82	82,58	83,02	75,25
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Aperitivo	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	2,16	0,00	0,86	0,00	0,94	0,60
3 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 días por semana	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00	0,20
1 día por semana	0,00	0,72	0,72	0,86	0,00	0,94	0,60
Menos de 1 día	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
No he consumido	100,00	97,12	98,57	98,28	100,00	98,11	98,60
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Combinados	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	2,16	0,00	1,74	0,64	1,89	1,00

3 días por semana	0,00	0,72	1,08	0,00	0,00	0,00	0,40
2 días por semana	10,47	9,35	5,02	1,74	2,56	0,94	4,52
1 día por semana	15,12	14,39	11,47	6,09	1,92	3,77	8,63
Menos de 1 día	5,81	2,88	2,51	1,30	1,28	1,89	2,31
No he consumido	68,60	70,50	79,93	89,13	93,59	91,51	83,13
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Licores	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Todos los días	0,00	1,44	0,00	0,86	0,00	0,94	0,50
3 días por semana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 días por semana	3,49	3,60	0,36	0,00	1,30	0,00	1,10
1 día por semana	0,00	5,04	1,79	2,58	0,65	0,94	2,01
Menos de 1 día	0,00	0,72	0,72	0,00	0,00	0,94	0,40
No he consumido	96,51	89,21	97,13	96,57	98,05	97,17	95,99
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Vino: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades más avanzadas de 46 a 55 años y de 56 a 65 años, además de la de 36 a 45 años..

Cerveza: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades medias de de 36 a 45 años, 26 a 35 años y de 19 a 25.

Combinados: su consumo diario entre semana se concentra en las cohortes de edades más jóvenes, de 19 a 25 años y de 15 a 18 años.

Diferencias según sexos y grupos de edad

Códigos de las tablas: A. Edades 15-18; B. Edades 19-25; C. Edades 26-35;

D. Edades 36-45; E. Edades 46-55; F. Edades 56-65

¿Alguna vez ha tomado alguna bebida alcohólica?

	Hombres						Mujeres						Total
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	
Sí	86	88	89	87	79	86	69	75	69	69	67	58	78
No	14	12	11	13	21	14	31	25	29	31	33	40	22
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Como podemos ver en la tabla superior, la tasa de experiencia con el alcohol es en los menores más elevada que en las chicas.

Destacar que las mujeres de todas las cohortes de edad analizadas, presentan una tasa inferior a la media municipal, aunque son las de 19 a 25 las que poseen la cifra más elevada.

¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en el último año?

	Hombres						Mujeres						Total
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	
Sí	87	84	81	79	70	77	56	71	54	59	57	50	70
No	13	16	18	19	29	23	42	29	41	37	43	50	29
NS/NC	0	0	1	2	1	0	3	0	5	4	0	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

El porcentaje de población de hombres entre 15 y 18 años aumenta, mientras que en las mujeres de la misma edad disminuye un 10%. Se sitúan por encima de la media municipal, todos los grupos masculinos analizados y las mujeres de entre 19 y 25 años.

¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en el último mes?

	Hombres						Mujeres						Total
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	
Sí	60	60	69	69	65	62	31	41	43	38	43	35	54
No	40	40	30	28	34	38	67	59	52	57	55	65	44
NS/NC	0	0	1	2	1	0	3	0	6	5	2	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Finalmente, si nos detenemos en el consumo de alcohol realizado en el mes anterior a la realización del trabajo de campo, seguimos observando que todas las cohortes de edad masculina superan ampliamente la media municipal, destacando C y D (26-35 años y 36 y 40 años). En este caso, ningún grupo de edad femenino supera la media, e incluso vemos como las menores de 18 años tienen una tasa de consumo que es cerca de la mitad de sus compañeros de edad.

▪ **Consumo según nivel de estudios:**

Códigos de las tablas

A. Analfabeto, sin estudios o menos de Primaria

B. Primaria

C. Primer ciclo ESO

D. Segundo ciclo ESO

E. 1º y 2º Bachillerato

F. 1º y 2º FP o Módulos profesionales

G. Medios (escuelas universitarias) y 1er. Ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas

H. Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)

I. Otros. Especificar

J. NS/NC

Alcohol: Alguna vez en la vida											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Sí	72	66	85	86	83	82	89	72	67	67	78
No	28	33	15	14	16	18	11	28	33	33	21
NS/NC	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Alcohol: Consumo en el último año											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Sí	52	62	74	75	73	76	78	69	67	80	70
No	48	38	24	23	23	23	22	28	33	20	29
NS/NC	0	0	2	3	3	1	0	4	0	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Alcohol: Consumo en el último mes											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Sí	32	52	60	58	54	55	64	57	0	67	54
No	68	47	37	40	43	44	36	39	100	33	44
NS/NC	0	1	3	3	3	1	0	4	0	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sobresalen en consumo las personas con estudios universitarios medios y con Segundo Ciclo de la ESO. Están por debajo de la media, la población con Primaria o menos de Primaria.

▪ **Consumo según actividad profesional:**

1. Empresarios grandes y altos directivos de la empresa privada o la Administración
2. Empresarios medios y pequeños, autónomos, comerciantes, y pequeños propietarios

agrícolas

3. Profesionales, técnicos y cuadros medios

4. Funcionarios, y miembros Fuerzas Armadas y de Seguridad

5. Trabajadores y empleados de los servicios

6. Trabajadores de la industria

7. Trabajadores y jornaleros del campo

8. En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio

9. En paro, con trabajo anterior, sin subsidio

10. Buscando primer empleo

11. Estudiante

12. Ama de casa

13. Pensionista (minusvalías, etc)

14. Otra situación, especificar

15. NS/NC

Alcohol: Alguna vez en la vida																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Sí	100	79	94	66	83	88	77	85	60	88	77	65	58	80	73	78
No	0	21	6	34	17	12	23	15	37	13	23	33	42	20	27	22
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Alcohol: Consumo en el último año																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Sí	100	71	81	66	74	82	67	78	53	88	70	48	51	82	89	70
No	0	29	15	34	23	16	32	22	40	13	28	51	49	18	11	29
NS/NC	0	0	4	0	3	2	1	0	7	0	1	1	0	0	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Alcohol: Consumo en el último mes																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Sí	100	47	60	55	59	54	56	54	47	75	51	33	42	68	89	54
No	0	53	36	45	38	45	41	46	47	25	48	67	58	32	11	44
NS/NC	0	0	4	0	3	2	3	0	7	0	1	0	0	0	0	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sobresalen en consumo mensual las personas de perfiles: empresarios/as grandes, buscando primer empleo, profesionales y cuadros medios. En cuanto a bajo consumo, encontramos los siguientes perfiles: ama/o de casa, pensionistas y empresarios/as medios.

▪ **Consumo según Núcleos de Población:**

Ámbito poblacional	Consumo Alcohol	
	Diario	Mensual
Acojeja	0,00	80,00
Aguadulce	10,71	57,14
Alcalá	13,85	47,59
Aripe	25,00	100,00
Chiguergue	26,32	47,37
Chío	16,87	41,56
Chirche	18,18	63,64
Cueva del Polvo	8,33	33,33
Fonsalía	9,09	36,36
Guía - Casco	7,16	50,00
Jaral, El	0,00	25,00
Piedra Hincada	5,71	48,57
Playa de San Juan	7,95	55,75
Pozo, El	0,00	37,50
Tejina	11,90	57,14
Varadero, El	28,57	78,51
Vera de Erques	20,00	46,67
Diseminados	12,12	55,56
Guía de Isora	10,80	51,50

Canarias	13,00	60,70
España	14,9	64,6

Fijándonos en el consumo mensual de alcohol por núcleos de población del municipio, presentan un consumo superior a la media del municipio (color naranja) Tejina, Playa de San Juan, Diseminados y Acojeja. Con un consumo superior a la media canaria y española se encuentran Aripe, Acoteja y El Varadero.

Respecto al consumo diario de alcohol, presentan un consumo superior a la media del municipio (color naranja) Alcalá, Tejina y Diseminados. Con un consumo superior a la media canaria y española se encuentran El Varadero, Chiguergue, Aripe, Vera de Erques, Chinche y Chío.

3. Consumo de otras sustancias:

▪ DROGAS DE COMERCIO ILEGAL:

▪ Uso

	No lo ha tomado nunca	Si lo ha tomado alguna vez	Consumo en el último año	Consumo en el último mes
Inhalables	98,90%	0,30%	0,00%	0,30%
Cannabis	83,50%	16,10%	8,40%	7,00%
Cocaína	91,20%	8%	4,30%	3,20%
Extasis	95%	4,20%	1,80%	1,80%
Heroína	98,60%	0,50%	0,30%	0,30%
Alucinógenos	97,10%	2,10%	0,60%	0,60%
Anfetaminas	98,40%	0,80%	0,20%	0,40%
Tranquilizantes *	98,50%	0,60%	0,10%	0,40%
Hipnóticos *	98,40%	0,50%	0,10%	0,30%
Crack	98,40%	0,50%	0,10%	0,50%
Analgésicos morfínicos *	98,50%	0,60%	0,10%	0,80%

El consumo de drogas de comercio ilegal en el municipio de Guía de Isora es un hecho cierto. Obviamente, no alcanza las cotas del Alcohol o del Tabaco, pero tiene una extensión importante. La droga más consumida es el Cannabis, seguida de la Cocaína y el Éxtasis. Con tasas inferiores a 1% encontramos psicofármacos con receta (analgésicos morfínicos, hipnóticos y tranquilizantes); crack y heroína; alucinógenos, anfetaminas e inhalables.

Consumo alguna vez en la vida	Guía de Isora	Canarias	España
Inhalables	0,30	1,10	1,00
Cannabis	16,10	22,00	29,00
Cocaína	8,00	9,00	7,00
Extasis	4,20	4,20	4,60
Heroína	0,50	1,60	0,90
Alucinógenos	2,10	4,10	3,00
Anfetaminas	0,80	4,60	3,20

La población isorana ha consumido drogas ilegales en menor medida que la española y la canaria, exceptuando el caso de la cocaína, que supera a la tasa española, pero no la canaria.

Consumo último año	Guía de Isora	Canarias	España
Inhalables	0,00	0,40	0,10
Cannabis	8,40	11,40	11,12
Cocaína	4,30	5,40	3,00
Extasis	1,80	2,60	1,20
Heroína	0,30	0,90	0,90
Alucinógenos	0,60	1,30	0,70
Anfetaminas	0,20	1,20	n/d

Si observamos el consumo durante el último año, la población isorana presenta unas tasa anuales de consumo inferiores en todos los ámbitos territoriales comparados y sustancias, exceptuando la cocaína, que vuelve a superar la media española, aunque no la canaria.

Consumo último mes				Consumo diario			
	Cannabis	Cocaína	Éxtasis		Cannabis	Cocaína	Éxtasis
Guía de Isora	6,80	3,00	1,60	Guía de Isora	3,30	0,00	0,00
Canarias	9,30	3,70	1,90	Canarias	4,40	0,40	0,40
España	8,7	1,6	0,6	España	2,00	0,00	0,00

Comparando el consumo mensual de las tres principales drogas consumidas en el municipio, destacamos que respecto al Cannabis presentan ambas tasas inferiores a la media canaria y española. Aunque en Cocaína y Éxtasis supera la media española, pero no la canaria.

Respecto al consumo diario de las tres principales drogas consumidas en el municipio, destacamos que el Cannabis presentan una tasa inferiores a la media canaria, pero superior a la española. Aunque en Cocaína y Éxtasis es inferior a la media canaria, que es la más alta.

▪ Edad de inicio

Ámbito Territorial	Inhalables	Cannabis	Cocaína	Éxtasis
España	17,8	18,30	18,30	20,10
Canarias	15,6	17,91	19,20	19,31
Guía de Isora	15,9	17,40	18,60	18,90

Ámbito Territorial	Heroína	Alucinógenos	Anfetaminas	Crack
España	22,00	19,0	19,2	20,1
Canarias	19,06	18,35	19,17	22,65
Guía de Isora	18,70	19,20	18,90	21,75

Ámbito Territorial	Tranquilizantes	Hipnóticos	Analgésicos morfínicos
España	32,5	32,5	20,4
Canarias	29,9	36,96	21,73
Guía de Isora	36,3	18,9	18,9

La edad de inicio de las principales drogas consumidas en el municipio (cannabis, cocaína y éxtasis) son inferiores a la media canaria y española, excepto en el caso de la cocaína.

▪ **Frecuencia del consumo:**

Consumo últimos 30 días	Nada	Menos de una vez por semana	Una vez por semana	De 2 a 6 veces por semana	Diariamente
Inhalables	99,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cannabis	93%	0,50%	1,50%	1,50%	3,30%
Cocaína	96,80%	1%	1,50%	0,50%	0,00%
Extasis	98,20%	0,70%	0,80%	0,10%	0,00%
Heroína	99,70%	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%
Alucinógenos	99,40%	0,20%	0,10%	0,10%	0,00%
Anfetaminas	99,60%	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%
Tranquilizantes	99,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
Hipnóticos o somníferos	99,70%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%
Crack	99,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
Analgésicos morfínicos	99,20%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%

El consumo de drogas ilegales presenta diferencias según su frecuencia de consumo,

siendo el cannabis la más consumida diariamente. Le siguen las anfetaminas, los tranquilizantes y el crack. Sin embargo, una vez por semana encontramos a la cocaína, el cannabis y el éxtasis.

- Percepción del grado de riesgo para la salud.

	Nivel de riesgo por consumo			
	Elevado	Medio	Bajo	Ninguno
Inhalables	92,50%	3,70%	1,30%	1,20%
Cannabis	87,40%	6,30%	3,30%	1,70%
Cocaína	94%	3,20%	1%	0,40%
Éxtasis	95,40%	2,50%	0,30%	0,40%
Heroína	96,80%	1,40%	0,20%	0,20%
Alucinógenos	95,90%	2,20%	0,20%	0,30%
Anfetaminas	94,60%	3,30%	0,50%	0,30%
Tranquilizantes	93,10%	4,40%	0,80%	0,40%
Hipnóticos	92,70%	4,60%	1%	0,40%
Crack	96,50%	1,30%	0,20%	0,20%
Analgésicos morfínicos	94,50%	2,70%	0,40%	0,40%

La población isorana afirma mayoritariamente el riesgo que conlleva consumir estas sustancias. También es cierto que presentan diferentes gradaciones. El Cannabis, como droga más consumida, presenta los niveles más elevados de Ningún o Bajo riesgo por su consumo. Le siguen los inhalables, la cocaína y el éxtasis. Por el contrario, las drogas con tasa de riesgo más elevadas son la heroína y el crack.

▪ **Percepción del grado de dificultad de compra:**

	Difícil	Fácil	NS/NC
Inhalables	1,30%	81,10%	17,60%
Cannabis	1,70%	80,10%	18,10%
Cocaína	3,30%	77,40%	19,10%
Extasis	3,10%	76,40%	20,40%
Heroína	4,40%	73%	22,60%
Alucinógenos	3,60%	74,60%	21,80%
Anfetaminas	3,40%	73,90%	22,70%
Tranquilizantes	11,20%	62,80%	26%
Hipnóticos	10,70%	62,50%	26,80%
Crack	7,90%	63,20%	28,80%
Analgésicos morfínicos	12,30%	60,10%	27,60%

La población isorana afirma mayoritariamente la facilidad para comprar estas sustancias. También es cierto que presentan diferentes gradaciones. Los inhalables, junto al cannabis presentan los niveles más elevados facilidad en la compra. Le siguen la cocaína y el éxtasis. Por el contrario, las drogas con tasa inferiores son los analgésicos morfínicos, tranquilizantes, hipnóticos y tranquilizantes.

▪ **Consumo según sexos:**

Alguna vez en la vida	Hombre	Mujer
Inhalables	0,3	0
Cannabis	12,9	3,2

Cocaína	6,1	1,9
Extasis	2,9	1,3
Heroína	0,3	0,2
Alucinógenos	1,7	0,4
Anfetaminas	0,5	0,3
Tranquilizantes	0,4	0,2
Hipnóticos	0,4	0,1
Crack	0,5	0
Analgésicos Morfínicos	0,4	0,2
Total	26,4	7,8

Sin duda, las diferencias más importantes entre mujeres y hombres se producen en el consumo de drogas ilegales. Los hombres triplican ampliamente la experiencia de las mujeres en cuando a probar estas sustancias.

Último año	Hombre	Mujer
Inhalables	0	0
Cannabis	6,7	1,7
Cocaína	3,5	0,8
Extasis	1,1	0,7
Heroína	0,3	0
Alucinógenos	0,5	0,1
Anfetaminas	0,1	0,1
Tranquilizantes	0	0,1
Hipnóticos	0	0,1
Crack	0,1	0

Analgésicos Morfínicos	0	0,1
Total	12,3	3,7

El consumo anual sigue manteniendo estas diferencias, en este caso casi cuadruplicando la proporción entre mujeres y hombres

Consumo mensual: Cannabis, Cocaína y Éxtasis

Cannabis	Hombre	Mujer
Nada	48,8	44,2
Menos de una vez por semana	0,2	0,3
Una vez por semana	1	0,5
De 2 a 6 veces por semana	1,1	0,4
Diariamente	3,1	0,2

Cocaína	Hombre	Mujer
Nada	51,8	45
Menos de una vez por semana	0,7	0,3
Una vez por semana	1,2	0,3
De 2 a 6 veces por semana	0,5	0
Diariamente	0	0

Éxtasis	Hombre	Mujer
Nada	53,2	45
Menos de una vez por semana	0,4	0,3
Una vez por semana	0,5	0,3
De 2 a 6 veces por semana	0,1	0
Diariamente	0	0

Se observa, por tanto, un mayor consumo por parte de los hombres en las tres sustancias

▪ **Consumo según grupos de edad:**

Alguna vez ha probado	Hombres						Mujeres					
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Inhalables	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Cannabis	14	24	49	34	6	2	5	11	6	8	2	0
Cocaína	2	11	27	18	2	1	0	8	4	6	1	0
Extasis	0	9	16	3	0	1	0	7	4	1	1	0
Heroína	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Alucinógenos	0	3	9	4	1	0	0	1	2	0	1	0
Anfetaminas	0	1	4	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Tranquilizantes	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hipnóticos	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Crack	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Analgésicos Morfínicos	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0
TOTAL	16	48	121	61	9	5	5	28	17	17	10	1

Consumo anual	Hombres						Mujeres					
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Inhalables	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	11	18	26	10	2	0	4	5	3	4	1	0
Cocaína	1	9	15	9	1	0	0	4	2	1	1	0
Extasis	0	6	5	0	0	0	0	5	2	0	0	0

Heroína	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Alucinógenos	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Anfetaminas	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Tranquilizantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hipnóticos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Crack	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Analgésicos Morfínicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	12	36	50	23	3	0	4	15	8	6	3	0

Consumo mensual de Cannabis	Hombres						Mujeres					
	15- 18	19- 25	26- 35	36- 45	46- 55	56- 65	15- 18	19- 25	26- 35	36- 45	46- 55	56- 65
Nada	42	62	127	117	82	58	33	56	128	106	71	48
Menos de una vez por semana	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0
Una vez por semana	3	3	3	1	0	0	0	1	3	1	0	0
De 2 a 6 veces por semana	0	1	6	3	1	0	3	0	0	1	0	0
Diariamente	5	9	13	3	1	0	0	1	0	0	1	0

Consumo mensual de Cocaína	Hombres						Mujeres					
	15- 18	19- 25	26- 35	36- 45	46- 55	56- 65	15- 18	19- 25	26- 35	36- 45	46- 55	56- 65
Nada	50	70	138	119	83	58	36	58	129	107	72	48

Menos de una vez por semana	0	1	3	3	0	0	0	3	0	0	0	0
Una vez por semana	0	4	7	1	0	0	0	0	2	1	0	0
De 2 a 6 veces por semana	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Diariamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Consumo mensual de Éxtasis	Hombres						Mujeres					
	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65	15-18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Nada	50	71	144	125	84	58	36	57	129	108	72	48
Menos de una vez por semana	0	2	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Una vez por semana	0	3	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0
De 2 a 6 veces por semana	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diariamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Respecto al consumo que realizan los y las menores de 18 años de las tres drogas más consumidas, podemos señalar que la única que es consumida a diario es el cannabis, fundamentalmente por hombres. Son estos de 26 a 35 años, sus mayores consumidores.

La cocaína y el éxtasis poseen un patrón de consumo menor, aunque concentrado en hombres de 26 a 35 años.

▪ **Consumo según nivel de estudios:**

- A. Analfabeto, sin estudios o menos de Primaria
- B. Primaria
- C. Primer ciclo ESO



D. Segundo ciclo ESO

E. 1º y 2º Bachillerato

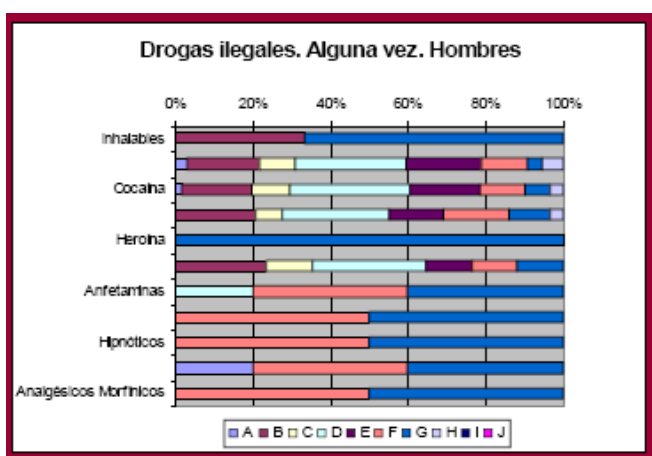
F. 1º y 2º FP o Módulos profesionales

G. Medios (escuelas universitarias) y 1er. Ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas

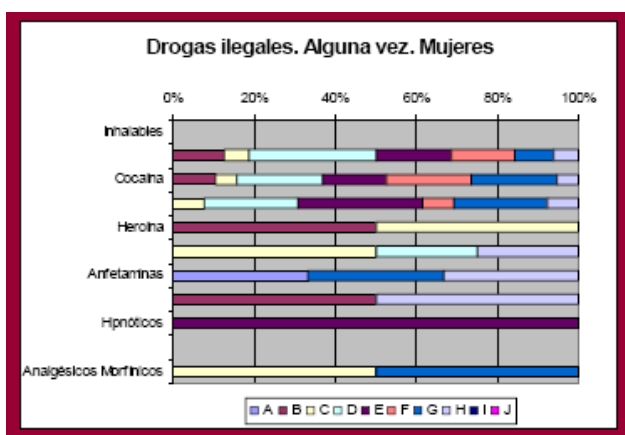
H. Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)

I. Otros. Especificar

J. NS/NC



Las mayores diferencias en experiencias de consumo entre hombres se observan como los perfiles de estudios medios universitarios son los que predominan en inhalables, heroína y psicofármacos. En cambio en cannabis, cocaína y éxtasis los perfiles son mucho más diversos, aunque predominan los de Segundo ciclo de la ESO y Primaria.



Las mayores diferencias en experiencias de consumo entre mujeres se observan

como los perfiles de estudios de Primaria y Primer ciclo de la ESO son los que predominan en heroína y psicofármacos. En cambio en cannabis, cocaína y éxtasis los perfiles son mucho más diversos, aunque predominan los de estudios medios universitarios Segundo ciclo de la ESO

▪ Consumo según actividad profesional

Cannabis: predominan los hombres trabajadores de los servicios; en paro, con trabajo anterior, sin subsidio o con subsidio; buscando primer empleo. Respecto a las mujeres, sobresalen las profesionales y estudiantes.

Cocaína: predominan los hombres en paro, con trabajo anterior, sin subsidio o con subsidio; y profesionales. Respecto a las mujeres, sobresalen las que buscan su primer empleo y las profesionales.

Extasis: predominan los hombres trabajadores de los servicios y profesionales. Respecto a las mujeres, sobresalen las que buscan su primer empleo y las estudiantes.

4. Efectos experimentados al usar drogas, razones para su consumo y opiniones sobre intervenciones realizadas:

- Problemas, efectos, motivos relacionados con el consumo de drogas

Problemas relacionados con el consumo de drogas

Faltar alguna vez a clase	0,50%
Ir mal en los estudios	0,40%
Faltar alguna vez al trabajo	0,30%
Problemas en el trabajo (sanciones, etc.)	0,30%
Conflictos familiares (con padres, cónyuge)	2,80%
Problemas económicos	0,10%
He perdido amigos	0,30%
Problemas de salud	3,10%
Accidentes	1,50%
He estado detenido o en prisión	0,20%

Ninguno	43,20%
NS/NC	50,40%

Destacan los problemas de salud, conflictos familiares y accidentes como los más nombrados, aunque en esta pregunta cerca de la mitad no manifestó haber tenido ningún problema por realizar consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Efectos positivos relacionados con el consumo de drogas

Placer, bienestar	20,50%
Estimulación, energía	6,20%
Calma, tranquilidad	15,20%
Evitación de molestias	0,60%
Mejora en las relaciones sociales	3,80%
Mejora en las relaciones sexuales	0,30%
Otras. ¿Cuáles?	2,80%

Sobre todo se busca placer y bienestar, seguido por calma y tranquilidad. Las mujeres prefieren esta última sensación frente a los hombres que persiguen la primera.

Razón por la cual comenzó a consumir

Por sentirme a disgusto en una sociedad injusta	0,50%
Por escapar a problemas personales	1,50%
Por el gusto de hacer algo prohibido	2,90%
Por experimentar placer, por animarme, etc	4,20%
Por sentirme libre	0,30%
Por pasar el rato	9,40%

Por estudiar o trabajar mejor	0,10%
Para facilitar la conversación y el contacto social	4,20%
Porque 'paso de todo'	0,80%
Para calmar los nervios	1%
Porque es una costumbre	5,60%
Para no ser tenido por raro	2,20%
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	23,40%
Para dormir mejor	0,30%
Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia	0,10%
Por sentirme marginado/a o discriminado/a en el colegio/instituto	0,80%
Por encontrar un nuevo estilo de vida	0,90%
Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él	4,10%
Por enfermedad o dolor	0,30%
NS/ NC	66,10%

La curiosidad y el deseo de nuevas sensaciones es la razón más elegida, siguiéndole pasar el rato y por ser una costumbre.

▪ **Lugares y compañías relacionadas con el consumo de drogas**

LUGAR DE INICIO	En bares o fiestas	En el colegio/instituto	En la calle	En tu casa
ALCOHOL	37,80%	0,40%	3,40%	7,60%

TABACO	14,10%	4,60%	13,40%	5,50%
OTRAS DROGAS	5,20%	1,20%	5,30%	0,80%

El alcohol es consumido por vez primera en bares y fiesta frente al consumo en la calle de tabaco y drogas ilegales.

	Con familiares	Con mi pareja	Con amigos/as	Solo/a
ALCOHOL	10,60%	2,10%	36,30%	0,20%
TABACO	1,90%	1%	34,80%	1,70%
OTRAS DROGAS	0,30%	0,20%	11,90%	0,10%

Respecto a las compañías de inicio al consumo, podemos resaltar que el alcohol y el tabaco son consumidos en la familia en segundo lugar, siendo las amistades el mayor porcentaje de inicio. Las drogas ilegales presentan un patrón similar.

▪ **Información sobre drogas, agentes informantes y valoración de los canales de información.**

¿ Se siente informado respecto a los efectos de las drogas?	Tasa
Sí	74,80%
No	20,10%
NS/NC	3,60%

Más de $\frac{3}{4}$ de las personas encuestadas afirmaron sentirse informadas sobre los efectos del consumo de drogas.

¿Quién o quienes han sido los que le han facilitado información sobre drogas?	Tasa
El entorno sanitario	2,40%
Entorno educativo	13,50%
La familia	8,10%
Las amistades	9,10%
Los medios de comunicación	50%
Las Administraciones Públicas (Estado, Gobierno de Canarias, Cabildo de Tenerife, Ayuntamiento de Guía de Isora)	1,80%
Otras vías: Especificar	10%

Destacan los medios de comunicación (radio, prensa, TV, Internet) como la vía de comunicación más señalada por la población. Le siguen el entorno educativo; las amistades y la familia. Es importante señalar que las AA.PP. apenas representan un 2%.

Grado de utilidad del canal	Muy útil	Útil	Poco útil	Inútil
Sanidad	31,4%	28,8%	4,2%	16,9%
Educación	33,8%	29,2%	4,2%	14,8%
Familia	34,9%	30,4%	4,8%	12,8%
Amistades	31,7%	30,1%	5,2%	14,8%
Medios de Comunicación	37,6%	36,3%	6,1%	6,5%
Administraciones Públicas	30,1%	28,7%	4,2%	18,3%

Se sigue valorando sobre todos los demás la utilidad de los medios de comunicación, la familia y la educación como canales más útiles para informar sobre drogas.

ANEXO 2. ANÁLISIS CUALITATIVO: GRUPO DE DISCUSIÓN.

Marco teórico.

Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión. (Krueger, 1991: 24)

DENOMINACIÓN: GD Técnicos/as.

DESCRIPCIÓN.

Formaron parte de este grupo representación de las áreas del municipio de Guía de Isora.

PERFILES.

Participaron en este grupo de discusión:

INDIVIDUO	SEXO	EDAD	ÁREA
1	MUJER	26	Inserción social
2	MUJER	40	Infancia
3	MUJER	41	Menores
4	HOMBRE	42	Centros de Salud. SCS
5	MUJER	41	Cultura
6	HOMBRE	31	Deporte
7	MUJER	35	Empleo
8	HOMBRE	36	Policía local
9	MUJER	32	Juventud

RESULTADOS.

UBICACIÓN. LOCALIZACIÓN.

“La droga está en el pueblo, no tanto en la costa”.

En cuanto a la localización de los focos o zonas por consumo no se manifiesta una identificación clara de zonas geográficas con sustancias.

Aunque socialmente esté aceptado que la costa es la zona de mayor consumo, el grupo de técnicos/as considera que es la medianía y parte alta del municipio donde se dan los consumos de mayores cantidades y más problemáticos.

“En la medianía hay costumbre de beber, no lo ven como un problema.”

El carácter problemático lo relacionan con la habituación y aceptación social que se hace de tales consumos y por la falta de opciones de ocio que se ofertan en estos núcleos.

ACTUACIÓN POLICIAL.

“Los recursos policiales son limitados”.

En el grupo se considera la necesidad de aumentar el número de efectivos para optimizar la labor del cuerpo policial.

“Nos falta más comunicación”.

La comunicación e interacción de los/las agentes municipales con los equipos de menores e Infancia se da de manera fluida y constante a la hora de trasladar las sanciones e incautaciones a menores de edad, reconociendo que hay ciertas carencias en el posterior flujo de información del seguimiento de la intervención del equipo de menores y su resultado al cuerpo de la policía.

“Sabemos que hay focos y lugares, pero no denunciemos”.

Se considera de conocimiento popular los lugares de consumo habitual y los puntos de venta en los núcleos poblacionales sin embargo el representante de la policía local y las técnicas de menores y juventud afirman que no hay un número significativo de denuncias claras y formales por parte de los vecinos de la localización y dinámicas de tráfico y venta de las zonas referidas. Se apunta como causa el miedo de los vecinos a denunciar a otros iguales.

SUSTANCIAS Y HÁBITOS DE CONSUMO

“Ahora mismo notamos un aumento de cannabis porque es una droga barata”.

A la hora de ordenar las sustancias por uso, el alcohol es el de mayor tasa, seguido del tabaco y el cannabis.

Cuando se les pregunta por problemas asociados a la sustancia, consideran que es el alcohol

en la madurez y la tercera edad seguido del cannabis en la adolescencia y juventud.

Quizás deberíamos nombrar que el diagnóstico hace referencia o refleja este tipo de consumo? Se hace referencia al consumo femenino de ansiolíticos, antipsicóticos y relajantes por el número creciente de usuarias detectadas en los servicios municipales y en los centros de salud, y por hábitos de riesgo asociados como la automedicación y el consumo de alcohol.

“Las pastillas han provocado pacientes con problemas mentales”.

En el consumo de drogas, el uso de síntesis es la principal causa de patologías mentales que atienden los centros de salud de la zona. El grupo considera que el uso de drogas de síntesis, “pastillas”, está asociado a la celebración de fiestas como el carnaval de Santa Cruz de Tenerife o las zonas de ocio nocturno de municipios vecinos.

El consumo de cocaína se relaciona con una franja específica de edad entre los 25 y los 40 años y en situaciones de exclusión laboral. No se valora como un problema de índice alto de consumidores.

ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

“El CAD está lejos”.

La ubicación del Centro de Atención la Drogodependencia situado en el municipio de Granadilla de Abona, es considerado por el conjunto del grupo como un handycap en la atención e intervención en los casos de solicitud por tratamientos de desintoxicación y deshabituación.

“Nosotras recibimos la solicitud del usuario, valoramos y derivamos directamente al CAD”.

No hay coordinación, ni flujo de información entre los servicios municipales y los centros de salud, por lo que derivan directamente los casos que requieren atención al CAD. La no información, o falta de coordinación y seguimiento entre estos recursos está motivada principalmente por la protección de los datos médicos de los pacientes que son atendidos por los centros de salud.

“Los pacientes a veces no van al CAD por falta de recursos que los apoyen y acompañen”.
Representante del Centro de Salud.

Los pacientes que requieren a los profesionales médicos tratamientos para su drogodependencia no siempre cuentan con el apoyo de sus entornos a la hora de ser acompañados física y emocionalmente en su visita y terapia en el CAD. Estas razones pueden llevarlos a no iniciar el tratamiento o a abandonarlo antes de su finalización.

Desde el servicio de Inserción municipal se cuenta con una figura que desempeña la labor de acompañar y dar seguimiento a los adultos usuarios de este servicio que soliciten la derivación al CAD. El equipo de infancia y de menores manifiesta que en sus protocolos de actuación se recogen las tareas de acompañamiento y seguimiento de los adultos demandantes de atención

a la drogodependencia vinculados a los casos de los menores atendidos.

“Mantener un síndrome de abstinencia en un centro de salud es imposible”.

El representante de los Centro de Salud reconoce que entre las competencias de los profesionales sanitarios de atención primaria no está el tratamiento y proceso de desintoxicación y deshabituación del drogodependiente por falta de formación en esta materia, de recursos y por las limitaciones del sistema sanitario. El representante ve fundamental el disponer de un centro de atención cercano y accesible al usuario para promover el inicio del tratamiento y asegurar la finalización y éxito del mismo.

RECURSOS EXISTENTES

“Si no hay comunicación entre nosotros, fallamos”.

El grupo considera que los recursos municipales y los técnicos de los mismos son accesibles para la población. Sin embargo demandan una optimización de la comunicación y de la coordinación entre técnicos/as, entre áreas para mejorar la eficacia y eficiencia de la atención e intervención en materia de drogodependencias.

“La gente tiene miedo de que se sepan sus problemas.”

El grupo considera que hay una desconfianza por parte de la población usuaria a la hora de poner en conocimiento situaciones relacionadas con el consumo de sustancias y los problemas derivados del mismo, por el miedo a que trascienda esta información. Se reconoce que en casos puntuales y ante situaciones delicadas, se atiende en lugares y horarios especiales para preservar la intimidad de la persona usuaria.

MEJORAS

“Hay que intervenir con las familias.”

Cómo mejoras y acciones a tener en cuenta en materia de Drogodependencias, se valora la intervención formativa e informativa con los adultos y mantenedores del núcleo familiar que manifiestan una necesidad de pautas y estrategias a la hora de afrontar la educación de sus hijos/as en materia de consumo de sustancias.

“La dinamización de de espacios deportivos fue un éxito.”

La figura de los dinamizadores de los espacios deportivos que actuaron a través de convenio, fue valorada positivamente por el grupo principalmente en los núcleos de medianía que disponen de una menor oferta de ocio y tiempo libre. El representante de Deportes manifestó que en la actualidad los espacios deportivos de las medianías se continúan abriendo para el uso de la población pero no cuentan con una afluencia significativa. El grupo propone la recuperación de la dinamización en los núcleos donde la oferta de actividades sea más reducida.

“Se tienen que subvencionar las matrículas de las actividades deportivas para algunos casos.”

El grupo considera que la actividad física supone una vía para disuadir a los/as menores del consumo de sustancias. El representante de la policía apunta la posibilidad de subvencionar la matrícula a determinados casos y actividades. Los/as técnicos/as municipales manifiestan la existencia de la subvención pero consideran que hay que mejorar las vías de promoción de tales ayudas.

DENOMINACIÓN: Mujeres.

DESCRIPCIÓN.

Formaron parte de este grupo mujeres residentes en el municipio de Guía de Isora con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

PERFILES.

Participaron en este grupo de discusión:

INDIVIDUO	SEXO	EDAD	NÚCLEO	EDADES HIJOS
1	MUJER	49	El Jaral	15 / 12
2	MUJER	43	Alcalá	21 / 17
3	MUJER	39	Alcalá	3 / 6
4	MUJER	42	Piedra Hincada	13 / 9
5	MUJER	46	Guía casco	13

RESULTADOS.

UBICACIÓN. LOCALIZACIÓN.

“En la costa se alterna más, en la medianía hay consumo pero en las casas”. Mujer de Guía casco.

Se hace una distinción entre el consumo de los núcleos de la costa que es más proclive al ocio nocturno y visible que los de medianía, en los que el consumo se da en el ámbito doméstico. Es general la preocupación de las madres por puntos de consumo en las inmediaciones de instalaciones de recreo como parques o plazas, y deportivas. Varias manifiestan que han alertado o prohibido el paso de sus hijos o hijas por las citadas zonas.

ACTUACIÓN POLICIAL.

“Estamos contentas pero nunca es suficiente policía.”. Mujer de El Jaral.

La percepción sobre la presencia y la actuación policial es satisfactoria, sin embargo consideran que es necesario aumentar el número de efectivos para ampliar el número y el área de actuación.

“Es muy importante que estén en las puertas de los institutos”. Mujer de Alcalá.

La presencia de efectivos de la policía local en las inmediaciones de los centros de secundaria supone una garantía de seguridad en los momentos de mayor afluencia que coinciden con las entradas y salidas a dichos centros.

“Desde que está la Guardia civil en Alcalá estamos mejor”. Mujer de Alcalá.

La labor conjunta de la Guardia civil y la policía local en el núcleo costero de Alcalá ha representado una mejora en materia de seguridad. Sin embargo demandan para los núcleos costeros de Playa San Juan y de Alcalá la necesidad de intervenciones más continuas en la zona del paseo y en la zona del muelle respectivamente.

SUSTANCIAS Y HÁBITOS DE CONSUMO

“Nunca había visto una normalización así de beber alcohol todos los días”. Mujer de Alcalá.

El grupo coincide en destacar una normalización social de consumo de alcohol diario por un sector de hombres mayores de 30 años. Consideran que se asume como normal el hábito de que el hombre acuda diariamente a locales para consumir alcohol. En esta normalización, las parejas de estos hombres muestran la resignación ante una situación que no entienden pero que aceptan por tradición social.

“Antes iban sólo los hombres mayores, ahora van más jóvenes”. Mujer de Alcalá.

Se destaca el hecho de la edad temprana de los hombres que mantienen el hábito de consumo diario de alcohol en establecimientos. Coinciden en que era una costumbre más propia de hombres maduros y que en los últimos años ha disminuido la edad hasta los 30 años.

“Hay mujeres que toman demasiadas pastillas”.

Se considera que la sustancia de consumo mayoritario en las mujeres es el tabaco. Se hace referencia al consumo de alcohol, indicando que si bien es manifiesta la incorporación de la mujer a dicho consumo en espacios de ocio, les preocupa más el uso que hacen de esta sustancia en el ámbito doméstico, principalmente en la zona de medianías. El grupo manifiesta el elevado número de mujeres que se medican y automedican con psicofármacos y que desconocen los efectos colaterales de estos tratamientos o hacen un uso excesivo e inadecuado de los mismos.

CONSUMO EN ADOLESCENTES

“Los chicos consumen por muchas razones y no sólo por la educación que les damos”. Mujer de Alcalá.

Como causas del inicio del consumo, reconocen que se da una unión de factores de diverso índole como la educación transmitida por el núcleo familiar, los hábitos de consumo de los familiares, la presión ejercida por los iguales y el fracaso escolar y la falta de expectativas laborales.

“Las chicas consumen más alcohol que los chicos”

El grupo resalta el aumento en la tasa de mujeres que consumen alcohol en los espacios y tiempos de ocio. Muestran su preocupación ante este hecho y destacan la vulnerabilidad y exposición a mayores peligros de la mujer que se exceda en el consumo. Varias mujeres afirman haber alertados a sus hijas de este hecho y tomado medidas como trasladarlas y recogerlas a los lugares de ocio para controlar este consumo.

“No se esconden, lo hacen en la calle aunque los vean”. Mujer de El Jaral.

Se destaca cierto grado de exhibicionismo por parte de los más jóvenes a la hora de consumir principalmente cannabis. Este hecho es más patente en los últimos cinco años y en cierta medida les incomoda y coarta a la hora de transitar por determinadas zonas.

“Me dan miedo las bebidas energéticas.” Mujer de Piedra Hincada.

En la identificación de sustancias y hábitos de consumo, se hace una referencia a la ingesta de bebidas energéticas por parte de adolescentes. Achacan este hecho a campañas publicitarias dirigidas a este público y al bajo coste de alguno de estos productos. No tienen información si pueden considerarse drogas, pero reconocen que les parecen productos con consecuencias saludables ignoradas por la sociedad. Plantean el diseñar acciones de información sobre estas bebidas.

MEJORAS

En líneas generales desconocen el protocolo y los servicios municipales para la atención de los casos de consumo de sustancias, y asumen el Área de Servicios sociales como recurso de referencia. No contemplan el Centro de Salud como una vía de respuesta.

“Los chicos necesitan ejemplos reales de los daños que producen las drogas”. Mujer de Piedra Hincada.

Consideran que es fundamental la formación en materia de drogas impartida en los centros educativos. Más que teoría, demandan que se les presente al alumnado ejemplos directos de

los daños físicos y psicológicos que provoca el consumo de sustancias.

“Nos falta información: Yo les hablo desde mi experiencia.” Mujer de Guía casco

A la hora de afrontar con sus hijos/as cuestiones en relación al consumo de sustancias, el grupo coincide en que se basan en un conocimiento fundamentado en las experiencias que han vivido. Muchas mujeres afirman que la información de las que disponen viene de programas de televisión, de Internet y en último lugar de libros especializados en esta materia.

“Pedimos charlas y después no vamos”. Mujer de Alcalá.

Las madres muestran la necesidad de información y formación en habilidades sociales para la prevención y resolución de situaciones relacionadas con el consumo, sin embargo no concretan tales demandas y no asisten a las actividades ofertadas por el Ayuntamiento. Las mujeres consideran que hay un sentimiento de autoinculpación del consumo de los hijos e hijas pero no hay un compromiso real con la formación en esta materia.

“Hay que poner más guaguas.”

La conexión de las zonas de costa con el casco y la medianía del municipio necesita un aumento de horarios y de servicios que mejoren la frecuencia del transporte público principalmente en el periodo de vacaciones. Se apunta la necesidad de habilitar servicios extraordinarios cuando se celebran las fiestas populares de los núcleos de la costa.

DENOMINACIÓN: Jóvenes.

DESCRIPCIÓN.

Formaron parte de este grupo hombres y mujeres residentes en el municipio de Guía de Isora con edades comprendidas entre los 14 y los 23 años.

PERFILES.

Participaron en este grupo:

INDIVIDUO	SEXO	EDAD	NÚCLEO
1	MUJER	23	Chío
2	MUJER	23	Agua Dulce
3	MUJER	14	Playa San Juan
4	HOMBRE	17	Playa San Juan
5	HOMBRE	20	Alcalá
6	MUJER	14	Agua Dulce

RESULTADOS.

UBICACIÓN. LOCALIZACIÓN.

“En las medianías hay más coca y en la costa más marihuana”.

Las personas que han participado de este grupo de discusión hacen una distinción entre sustancias y ubicaciones basándose en las condiciones meteorológicas que permiten en la zona de costa el consumo de cannabis al aire libre y en las medianías un consumo en el ámbito doméstico de cocaína. En el caso del consumo de costa, manifiestan un carácter exhibicionista de los consumidores y un conocimiento público por parte de la población de los lugares habituales de dicho consumo: Zonas del paseo en Playa San Juan y del muelle en Alcalá.

ACTUACIÓN POLICIAL.

“Yo he visto fumar porros fuera del Instituto y la policía no se hace nada.”. Mujer de Agua Dulce (14)

La percepción sobre la presencia y la actuación policial es en líneas generales de dejadez y permisividad, achacan esta permisividad a la presión que tienen los efectivos policiales por pertenecer al mismo pueblo, lo que les lleva a evitar enfrentamientos y represalias con sus propios vecinos.

“Nunca he visto que la policía local ponga una multa por consumir drogas a un menor”. Hombre de Playa San Juan (17)

En cuanto a las posibles sanciones por consumo de sustancias, los/as jóvenes no tienen una conciencia de la policía local como agente sancionador, sino únicamente de llamadas de atención que consideran inútiles.

“Todos sabemos cuando llegan y quiénes son”. Mujer de Chío (23)

Cuando los agentes pretenden intervenir en las zonas habituales de consumo, los/as jóvenes consideran que estas intervenciones son escasas e inefectivas pues las personas que consumen advierten la llegada de los vehículos policiales o reconocen a los agentes aunque vistan de paisano lo que les permite deshacerse de las sustancias u ocultarlas.

“La Guardia Civil actúa más y mejor”. Mujer de Playa San Juan (14).

La presencia de efectivos de la Guardia Civil les parece más efectiva y útil que la policía local principalmente durante la celebración de las fiestas patronales de los núcleos de costa.

SUSTANCIAS Y HÁBITOS DE CONSUMO

“Se suben fotos a las redes sociales”.

El grupo coincide en destacar una normalización social de consumo principalmente de cannabis. Esta normalización llega a las redes sociales en las que habitualmente se suben fotos de plantaciones. En algunos casos estas redes se utilizan para convocar a “quedadas”, citas para consumir en lugares del municipio. Hacen hincapié en que esta promoción es más propia de los más jóvenes, “más inexpertos e ignorantes” aunque saben que las redes sociales son públicas.

“Los que consumen no son gente problemática”.

Aunque se considera que el consumo de sustancias está más asociado a un sector de población que no estudia ni trabaja (generación “Ni Ni”), los/as jóvenes consideran que este grupo no tiene carácter problemático ni delictivo. Los consideran personas adaptadas socialmente, que no generan problemas ni acciones violentas, aunque reconocen que en algunos casos realizan robos esporádicos como vías de mantenimiento del consumo.

“Hay gente consumiendo heroína”. Mujer de Chío (23).

Se considera que la sustancia de consumo mayoritario es el alcohol, seguida del cannabis. No se hace referencia al consumo de tabaco como droga. En el caso de las drogas de síntesis, se asocian a una franja de edad superior a los 17 años y a locales de ocio nocturno de las zonas turísticas. El consumo de cocaína es propio de hombres de más de 18, que en gran parte consumen y trafican. Se advierte de un consumo incipiente de heroína por el coste de la sustancia y el desconocimiento de los efectos.

FIGURA DE LOS PADRES Y MADRES

“Nuestros padres son ignorantes”.

En líneas generales, los núcleos familiares carecen de una información real y aplicable sobre drogas. La mayor parte reconoce no haber tenido una conversación clara sobre este tema con sus padres, sino únicamente recibir amenazas y advertencias si detectan que son consumidores. Manifiestan que sus padres pretenden infundirles miedo sobre las drogas, pero no con razones objetivas. Exigen formación para los padres para que puedan prevenir y actuar en caso de que se den situaciones de consumo problemático.

“Nuestros padres han consumido pero no quieren que lo hagamos”. Mujer de Agua Dulce (23)

Los padres han reconocido en ocasiones que han consumido o consumen sustancias. Este hecho es entendido como positivo por unos jóvenes porque los padres poseen información experiencial, y negativo e incoherente por otros que reciben castigos de sus padres sabiendo que son consumidores.

OCIO

“El municipio está muerto”. Hombre de Alcalá (17)

Se parte del hecho de identificar el ocio juvenil con el ocio nocturno, por lo que consideran que el municipio no ofrece opciones atractivas para los/as jóvenes. Si bien es cierto que reconocen que para los adolescentes entre 12 y 15 años hay actividades municipales, “hay una franja de edad para lo que no hay nada”.

“La única opción es desplazarse”

Para acceder a un ocio propio del sector de población mayor de 16 años, asumen que hay que desplazarse en el municipio hasta los núcleos que celebren sus fiestas o fuera del municipio a la zona de Los Cristianos – Las Américas. En ambos casos hacen hincapié en la carencia de medios de transporte público y en la reducida flota de taxis y lo elevado de sus tarifas, un hecho que no favorece el acceso de los jóvenes de medianías a la costa.

“Nos quitaron las discotecas y los kioscos de la música.”

Valoran negativamente el control municipal de los locales nocturnos que ha conllevado según su información al cierre de discotecas o bares con música, con la consiguiente disminución en las opciones de ocio. Resaltan la supresión de los “kioscos de la música” en las fiestas de la costa, un espacio que contaba con una gran afluencia y en los que reconocen que aunque se daba alguna pelea, no representaban un problema o un riesgo significativo.

MEJORAS

“Nos falta información.”

Los/as jóvenes reconocen que no manejan una información objetiva y útil en materia de drogas por lo que demandan charlas y talleres que les permita detectar si tienen consumos problemáticos y qué recursos tienen a su alcance para superarlos.

“Consumimos porque no tenemos metas”. Hombre de Playa San Juan (17).

Coinciden en que en el momento actual la falta de empleo favorece el consumo de sustancias, por lo que demandan acciones municipales que promuevan el empleo juvenil y la formación y cursos de cualificación profesional remunerados.

“Antes se hacían más cosas”

Con el fin de aumentar las opciones de ocio, demandan acciones como la “Noche joven”, talleres o campamentos.

“Hay que poner más guaguas.”

Principalmente en el periodo de vacaciones, la conexión de las zonas de costa con el casco y la

medianía del municipio necesita un aumento de horarios y de servicios.

DENOMINACIÓN: Hombres.

DESCRIPCIÓN.

Formaron parte de este grupo hombres residentes en el municipio de Guía de Isora con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

PERFILES.

Participaron en este grupo de discusión los siguientes individuos:

INDIVIDUO	SEXO	EDAD	NÚCLEO	EDADES HIJOS
1	HOMBRE	42	Playa San Juan	8
2	HOMBRE	50	Alcalá	32 / 21
3	HOMBRE	48	Playa San Juan	6 / 11
4	HOMBRE	47	Guía casco	20 / 13
5	HOMBRE	49	Playa San Juan	5

RESULTADOS.

UBICACIÓN. LOCALIZACIÓN.

“Hay de todo en todos sitios”.

En cuanto a la ubicación de consumos en zonas del municipio, no se detecta una relación concreta, sino un consumo extensivo y diseminado por el área geográfica.

ACTUACIÓN POLICIAL.

“No hay patrullas a pie”. Hombre de Playa San Juan (49)

La acción de la policía local es considerada en líneas generales como insuficientes e ineficaces a la hora de intervenir en el consumo de sustancias en espacios públicos. En gran parte lo achacan a la inoperancia de las patrullas en vehículos que alertan a los consumidores de su llegada. Se demandan más policías a pie y de paisano.

“La Guardia civil no se implica”. Hombre de Playa San Juan (42)

La acción del cuerpo de la Guardia civil se ve alejada de la dinámica social del municipio, lo que no favorece su acción y su eficacia a la hora de intervenir.

“Falta más policía educativa”. Hombre de Guía casco (47)

Consideran fundamental talleres y charlas educativas de la policía local para informar y alertar a los más jóvenes sobre las consecuencias legales que conlleva el tráfico y consumo de sustancias. Demandan mayor dureza de las sanciones aplicadas en esta materia.

SUSTANCIAS Y HÁBITOS DE CONSUMO.

“La crisis ha hecho bajar el consumo de alcohol”.

Coinciden en que el alcohol es la droga de mayor consumo, pero advierten una disminución en su consumo debido a la pérdida del poder adquisitivo que ha traído la crisis. En cuanto a los consumidores de alcohol, reconocen un grupo estable de bebedores habituales que o bien no trabajan, o bien tienen como hábito diario al término de la jornada pasar por el bar antes de ir a casa, hábito éste común y socialmente aceptado. Todos coinciden en que estos consumidores habituales no se consideran alcohólicos ni que tengan un consumo problemático aunque su dinámica familiar manifieste lo contrario. Destacan el hecho del aumento de la presencia de la mujer en los bares, pero no consideran que haya un consumo femenino problemático.

“Hay mucha gente de nuestra edad que está fumando porros y ya son padres”. Hombre de Playa San Juan (42)

Manifiestan cierta preocupación por el consumo de cannabis por parte de padres de familia con el consiguiente gasto que eso supone para la unidad familiar y el ejemplo inadecuado para sus hijos/as. Alguno reconoce tener compañeros consumidores que presentan una disminución del rendimiento laboral y en el desempeño de sus responsabilidades familiares por este consumo.

CONSUMO EN ADOLESCENTES

“Lo ven tan natural, que se creen que es normal”.

El carácter público del consumo adolescente ha traído una normalización y legitimación que consideran peligrosa. Reconocen que en más de una ocasión han tenido que llamar la atención a menores que consumían cannabis en las inmediaciones de parques infantiles o zonas recreativas o escolares.

“Hemos estados obsesionados con el trabajo y nos hemos olvidado de los hijos”. Hombre de Guía casco (47)

Asumen que el diálogo y la confianza familiar con los adolescentes se han visto mermadas por la exigencia o la ausencia laboral, lo que ha impedido una comunicación fluida y cercana en materia de drogas. Reconocen la necesidad que tienen de formación e información para hacer frente a situaciones y preguntas de sus hijos e hijas.

MEJORAS

“Nos castigan más a los padres que a los hijos”. Hombre de Alcalá (50)

Es compartida la idea de que las sanciones en materia de drogas representan un mayor castigo para los padres que deben asumir la sanción económica, que para sus hijos. Exigen sanciones con trabajos y acciones comunitarias que recaigan en los menores y que sirvan de ejemplos para el resto.

“Tenemos que conocer lo nuevo en drogas”.

Muchos reconocen que no han recibido formación en esta materia, ni se han ocupado de buscarla aunque son conscientes de las iniciativas y recursos municipales que se ofertan para ello. Demandan charlas para sus hijos e hijas y para ellos mismos más experienciales, con contenidos más aplicables a la realidad.

“La policía nos puede ayudar”. Hombre de Playa San Juan (48)

El recurso de referencia en caso de detectar un problema o una situación de riesgo de sus hijos/as en materia de drogas es Servicios Sociales. No hacen mención del Centro de Salud. Consideran útil la acción desde las AMPAS de los centros educativos y favorables una mayor y concreta intervención educativa de la policía local.