

Plan Autonómico

sobre drogodependencias
y otras conductas adictivas

2005-2008

plan autonómico
sobre drogodependencias y
otras conductas adictivas

2005 - 2008

Grupo de Trabajo

- Carmen Baranguan Badía. Dirección General de Salud Pública
- Natividad Bel Puchol. Departamento de Educación y Cultura
- Manolo Bueno Franco. Subdirección Provincial de Salud Pública de Huesca
- Luis Gascón Andreu. Dirección General de Salud Pública
- Cristina Granizo Membrado. Dirección General de Salud Pública
- Mercedes Guiseris Colás. Ayuntamiento de Huesca
- Alfredo Soldevilla Nasarre. Ayuntamiento de Alcañiz
- Javier Toledo Pallarés. Dirección General de Salud Pública

Este documento se ha basado en las conclusiones de la jornada técnica celebrada en abril de 2003 en la que participaron técnicos y entidades que trabajan en el ámbito de las drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La Comisión Interdepartamental y el Consejo Asesor de Drogodependencias de Aragón revisaron el borrador, incorporando las oportunas alegaciones y sugerencias, siendo aprobado el documento final en la reunión del Consejo de Gobierno de fecha 25 de octubre de 2005

edita: Gobierno de Aragón.
Departamento de Salud y Consumo.
Dirección General de Salud Pública

Depósito Legal: Z-3119-2005

Maqueta y portada: Base Digital

Imprime: Sender Ediciones

Encuaderna: Aragonesa de Encuadernaciones

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. DATOS REFERENTES AL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES EN ARAGÓN	.9
2. MODELO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN ARAGÓN	11
2.1. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN	.11
2.2. OBJETIVOS Y ACTUACIONES DEL PLAN	.13
A) Área de prevención	.13
B) Asistencia	.22
C) Integración social	.25
3. ORGANIZACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	29
3.1. NIVELES DE ASISTENCIA	.29
3.2. RECURSOS ACTUALES	.33
A) Recursos asistenciales	.33
B) Recursos de prevención	.34
3.3. REORDENACIÓN Y CREACIÓN DE NUEVOS RECURSOS	.36
3.4. PREVISIÓN DE RECURSOS NECESARIOS	.40
3.5. ESQUEMA DE ITINERARIOS	.41
3.6. TABLA RESUMEN DE LAS FUNCIONES DE CADA RECURSO	.42
4. SISTEMA DE INFORMACIÓN	43
4.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN	.43
4.2. OBJETIVOS	.44
5. FINANCIACIÓN	46
6. CRONOGRAMA 2005-2008	47
7. EVALUACIÓN	48
8. MAPA DE RECURSOS	50
9. ANEXOS	51
I. Marco de referencia	.51
II. Legislación	.57
III. Análisis de situación de las conductas adictivas en España y Aragón	.60
IV. Actividad de los recursos asistenciales	.77
V. Actividad de los recursos de prevención	.82
VI. Modelos teóricos	.89

1 INTRODUCCIÓN

En Aragón, como en el resto del Estado Español, en la década de los 80 se desencadenó una crisis de drogas ligada fundamentalmente al consumo de heroína, que generó la proliferación de multitud de respuestas asistenciales, todas ellas ajenas a las redes normalizadas de atención a la salud, con una perspectiva de Salud Pública, y con una orientación salubrista y psicosocial.

El Sistema Público de Salud excluyó de la red normalizada la atención de los problemas derivados de los consumos de estas sustancias y Ayuntamientos y Comunidades Autónomas se dotaron de recursos asistenciales en un momento en el que no se habían transferido las competencias del INSALUD.

En 1985, con el Plan Nacional sobre Drogas, las administraciones se comprometieron a crear una red pública de asistencia a los problemas de drogas y a iniciar políticas preventivas, además de coordinar las actuaciones en todo el ámbito estatal. Las Comunidades Autónomas crearon redes asistenciales propias, conveniadas con otras instituciones, y el Estado se comprometió a apoyar su financiación.

A partir de ese momento el Gobierno de Aragón impulsó una Red de Atención a las Drogodependencias mediante servicios públicos conveniados con las entidades locales creando diversos Centros de Drogodependencias de ámbito comarcal, y subvencionando entidades privadas que se ocupan de este problema. Por su parte el Ayuntamiento de Zaragoza creó sus propios recursos de atención y seguimiento y la Diputación Provincial de Zaragoza puso en marcha una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

La aparición en la segunda mitad de la década de los 80 de la infección por el VIH y el SIDA especialmente relacionados con el colectivo de consumidores de drogas por vía parenteral, obligó a adaptar la oferta asistencial de los centros incluyendo en su oferta programas de reducción de daños (programas de mantenimiento con opiáceos) despojando a las adicciones de su carga “moralista” para tratarlas como un problema más de salud que puede cursar crónicamente con recaídas y en el que su tratamiento clínico debe tender –al igual que en cualquier otro tratamiento de problemas crónicos de salud– a mejorar la calidad de vida del sujeto.

En el fomento de la salud, uno de los principales objetivos con los que se encuentra hoy en día la sociedad es abordar el uso indebido de drogas y otras

adicciones como un estilo de vida con gran riesgo para la salud individual y colectiva, en el que convergen factores socioculturales.

Las conductas adictivas en las que se incluyen las adicciones con sustancias y las adicciones conductuales, constituyen un problema de salud pública y un fenómeno que requiere intervenciones coordinadas de muchos sectores, tanto si se desarrollan en el campo de la prevención como en los de la asistencia y la reinserción. Todas las adicciones tienen en común una serie de determinantes biopsicosociales, un impulso dirigido a realizar una determinada conducta con el objetivo de conseguir determinados efectos o evitar otros, y todas ellas tienen la capacidad de originar alteraciones en diversas áreas del funcionamiento diario de las personas. Aunque los substratos fisiológicos, psicológicos, sociales o culturales de las adicciones no necesariamente son los mismos en todas ellas, sí que existen algunos aspectos comunes, y su abordaje preventivo o terapéutico puede ser llevado a cabo por los mismos profesionales. De hecho en nuestra Comunidad Autónoma, las intervenciones que se están realizando actualmente provienen de distintas instituciones y de entidades de iniciativa social dando cabida a la participación de la comunidad y otorgando posibilidades de participación del voluntariado social.

En Aragón, a la hora de planificar la dotación de los servicios sanitarios y la organización de las unidades de prevención y tratamiento de las dependencias, habrá que tener en cuenta las características de la estructura del territorio y la distribución de su población. La población de Aragón, según el Censo de Población 2001 asciende a 1.204.215 habitantes, y a pesar de haberse producido un aumento del 1.30% respecto al censo anterior que rompe con la tendencia de pérdida de población de años anteriores, la densidad de población sigue siendo una de las más bajas de la Europa Comunitaria 25.2 hab/Km². En este último siglo se ha producido una redistribución interna de la población hacia una urbanización creciente, Zaragoza capital acoge al 51,1% del total de la población aragonesa y un 67.7% residen hoy en municipios de más de 10.000 habitantes, con la consecuente pérdida de población rural en la que destaca el fuerte descenso relativo de las comarcas turolenses de Cuencas Mineras, Bajo Martín y Calamocha. Por otra parte la estructura del territorio aragonés especialmente en las zonas montañosas ha condicionado la comunicación de los pueblos, las formas de vida y los asentamientos, dificultando la conexión entre el norte y el sur y la comunicación entre las localidades.

Las directrices que en materia de drogas plantean como prioritarias la Unión Europea y el Plan Nacional sobre Drogas están orientadas a desarrollar acciones para reducir la demanda y el suministro, así como a prevenir el consumo o conducta adictiva. Las estrategias de intervención no sólo han de centrarse en

la atención y rehabilitación sino, fundamentalmente, en modelos de prevención dirigidos tanto a los determinantes que influyen en el establecimiento de estilos de vida como a la reducción del daño, adaptando las actuaciones que se desarrollen en torno a este fenómeno al contexto y circunstancias de cada escenario. Es preciso que los distintos protagonistas de las acciones legislativos, sociales, educativos y sanitarios, compartan una cultura común para abordar este problema de forma que los mensajes destinados a los jóvenes aparezcan claros, creíbles y por consiguiente eficaces.

En el caso de las drogas legales existen unos patrones de consumo culturalmente arraigados y socialmente aceptados que son un riesgo grave para la salud. El tabaquismo es uno de los problemas más importantes de salud pública que provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida y que supone la mayor causa de mortalidad predecible. El consumo de alcohol constituye un grave problema, en especial cuando se trata de personas jóvenes que están adoptando sus hábitos de salud, por otro lado la automedicación, es cada vez más frecuente en nuestro medio.

Las limitaciones a la publicidad y el control de la misma, deben ser una prioridad para las autoridades sanitarias puesto que la publicidad y la promoción del alcohol y tabaco tanto directa como indirecta, influyen de manera decisiva sobre conductas personales y los hábitos sociales, siendo un factor de especial relevancia en el inicio y el mantenimiento de su consumo y de manera especial en el caso del tabaco, ya que la mayoría de fumadores se inicia en edades muy tempranas. Se hace necesario incidir limitativamente en todas las clases y medios de publicidad, ya sean impresos, radiofónicos, televisivos o cinematográficos. La publicidad del tabaco y el alcohol, en nuestra Comunidad Autónoma tienen como objetivo prioritario la protección de los menores como viene recogido en la Ley 3/2001 de 4 de abril sobre Prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

La aparición de nuevos patrones de uso y abuso, y en particular el consumo de sustancias dentro de un contexto de ocio y diversión permanente, así como los problemas asociados a otras formas de dependencia como la ludopatía, o la adicción a actividades relacionadas con las nuevas tecnologías, tendrán que tenerse en cuenta a la hora de abordar las adicciones.

Es importante contemplar las nuevas conductas adictivas no asociadas al uso de sustancia, que plantean nuevos escenarios y enfoques de los problemas adictivos. Así, los juegos de azar constituyen una actividad lúdica muy enraizada en la cultura española y aragonesa, pero suponen un importante problema de salud cuando se convierten en una actividad compulsiva (ludopatía) que conlleva alteraciones en la vida personal, familiar, laboral y social.

En el ámbito de la asistencia, aunque los dispositivos especializados estén desarrollados y sean bastante eficaces, carecen de una diversificación adecuada. La actividad asistencial destinada a las personas que experimentan dificultades con el alcohol o el tabaco es insuficiente, habida cuenta de la considerable cantidad de la población afectada, por lo que no se llega a detectar con la suficiente antelación los consumos problemáticos que sólo se tratan varios años después del arraigo de la dependencia.

La vulnerabilidad ligada a situaciones de conflicto o crisis puede influir en esta tendencia al consumo de algunas drogas o al desarrollo de conductas adictivas. La exclusión social y los problemas de las drogas están vinculados en muchas ocasiones y ello implica que, junto a respuestas específicas, sean también necesarias otras de tipo estructural, desarrollando desde los poderes públicos acciones que modifiquen las circunstancias sociales, económicas y culturales que, para determinados colectivos, están asociadas a drogodependencias.

Por todo ello, el problema de las drogodependencias y otras adicciones debe considerarse como una responsabilidad social y no solamente individual. Cualquier iniciativa se englobará dentro de una política integral y planificada dirigida al logro de un desarrollo humano y social más equitativo en el marco de la promoción de la salud, en el que el Gobierno de Aragón adoptará las medidas para aminorar, atajar o eliminar los factores sociales, económicos y culturales que puedan desencadenar una conducta dependiente.

Mejorar la actual situación de la atención a los trastornos adictivos en Aragón requiere, por un lado, readaptaciones estructurales y funcionales en la red actual y por otro, la creación de una serie de nuevos recursos y servicios que, bajo criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, respondan a las necesidades de salud de la población afectada por algún tipo de adicción. Ha de ser, además, lo suficientemente flexible como para adaptarse al entorno continuamente cambiante de esas necesidades. Con tal propósito se ha elaborado este documento que pretende constituirse en instrumento de política de salud, dotándolo de un enfoque multisectorial e integrador. Bajo este enfoque la atención a las conductas adictivas en Aragón se orienta en la perspectiva comunitaria y desde un modelo biopsicosocial, en la que las unidades de atención y seguimiento de las adicciones son el eje de la actuación sanitaria; se fomenta la creación y disponibilidad de recursos y servicios asistenciales diversificados en la Comunidad y se pretende garantizar tanto la prestación de asistencia sanitaria como el apoyo social que haga posible el mantenimiento o integración de la persona en su entorno habitual.

El marco de referencia a partir del cual se desarrolla el presente plan se muestra en los Anexos I y II.

1.1. DATOS REFERENTES AL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES EN ARAGÓN

El análisis de los datos disponibles sobre el consumo de drogas y otras adicciones en Aragón permite destacar los siguientes aspectos:

El consumo de **alcohol** continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma.

El consumo de **heroína** se ha estabilizado. No obstante continúan y lo harán por tiempo los problemas generados por el abuso de esta sustancia.

Se observa un importante aumento del consumo de cocaína, speed, anfetaminas y cannabis, especialmente el consumo experimental entre los jóvenes muestra una actitud de tolerancia que contrasta con el cambio de actitud hacia la heroína, que suele ser de rechazo.

La **facilidad de acceso** a las drogas sintéticas y cocaína es cada vez más considerable.

Los abusos simultáneos de distintos tipos de sustancias son frecuentes.

El consumo de **tabaco** se ha estabilizado a un nivel alto.

El consumo de medicamentos psicoactivos va en aumento.

Respecto a la ludopatía, el gasto en juegos de azar en Aragón fue en 2002 de 698, 30 euros por habitante siendo el perfil de riesgo: varón en los rangos de edad entre 20 y 24 años y entre 55 y 59 años con problemas de comunicación, baja autoestima y carencia de habilidades sociales.

En lo que respecta al consumo de drogas en la población escolar en el tramo comprendido entre los 14 y los 18 años, los aspectos más relevantes son:

El **alcohol** es la sustancia más consumida por los jóvenes.

En este tramo de edad la **percepción de riesgo** asociada al consumo de la mayoría de las sustancias analizadas es **baja**.

El **rechazo** expresado por los jóvenes **hacia el consumo** de la mayoría de las sustancias también es **bajo** y resulta menor cuanto más cerca se está de la sustancia. Por tanto, existe una actitud positiva frente a la mayoría de las sustancias.

La **actitud de los padres hacia el consumo** de alcohol, tabaco o hachís por parte de sus hijos en este tramo de edad podría resumirse del siguiente modo: un menor porcentaje de padres manifiesta actitudes prohibicionistas y un mayor porcentaje de padres tienden a dar más libertad respecto al consumo (o al menos eso es lo que perciben los hijos).

El **acceso** a las sustancias (disponibilidad percibida por los jóvenes) es más fácil.

Tanto en días laborables como durante los fines de semana los jóvenes, en la Comunidad Autónoma de Aragón pasan una gran parte de su tiempo de ocio, en bares o discotecas, **espacios públicos donde más predominante es el consumo**.

Con respecto a la valoración que los jóvenes hacen de la **información recibida** sobre drogas, el resumen sería que menos jóvenes que en otras Comunidades Autónomas consideran útil la información que se les da.

La descripción detallada de la situación actual respecto al consumo actual de drogas se muestra en el Anexo III.

2. MODELO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN ARAGÓN

2.1. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

En la actualidad se hace necesaria una reorientación de los servicios existentes para hacer frente al cambiante fenómeno de las adicciones: por una parte a los nuevos hábitos de consumo centrados alrededor de los “psicoestimulantes” (cocaína, derivados anfetamínicos) por otra a los nuevos patrones de consumo que presentan unas pautas socioculturales muy diferentes a las de los consumidores cuya droga principal era la heroína y por último a las cada vez más relevantes adicciones comportamentales.

Es necesario reforzar la capacitación de los profesionales para atender adecuadamente demandas asistenciales que presentan características diferenciadas: mayor problemática de salud mental, usuarios mucho más jóvenes, realización de intervenciones tempranas dirigidas a evitar la cronicidad, etc.

Las actuaciones que en materia de drogodependencias y otras adicciones se van a llevar a cabo en Aragón han de tener en cuenta aspectos esenciales como son la promoción de hábitos saludables, la prevención de conductas adictivas, la integración y coordinación de los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con el art. 3 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

En este marco legislativo el presente Plan destaca como **Líneas prioritarias de actuación** las siguientes:

- Integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades y optimizar los recursos.
- Priorizar la prevención y los programas de reducción de daños en todas las conductas adictivas.

- Potenciar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.
- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por conductas adictivas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.
- Integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia en salud.

2.2. OBJETIVOS Y ACTUACIONES DEL PLAN

Los objetivos se describen a continuación subdividiéndolos según su finalidad: prevención, asistencia e integración social.

A) Área de prevención

En esta área se detallan los objetivos específicos y actuaciones concretas agrupados según escenarios de prevención:

Ámbito educativo
Ámbito comunitario
Ámbito laboral
Ámbito sanitario de atención primaria

2.2.1. ÁMBITO EDUCATIVO

Los centros de educación infantil, primaria y secundaria son lugares idóneos para desarrollar estrategias de educación para la salud. La educación para la salud está formada por una serie de conocimientos, actitudes y procedimientos que deben impregnar el currículum y la línea educativa que trabaja el centro. Las iniciativas de prevención deben integrarse en el proyecto educativo y curricular, contando con la implicación del profesorado y la participación del resto de la comunidad escolar, padres y madres, alumnado, personal no docente y de apoyo, con objeto de fomentar la clarificación de valores, comportamientos y toma de decisiones responsables en relación con la salud.

Objetivo 1

Impulsar la integración de la educación para la salud en el diseño curricular de la Comunidad Autónoma.

Actuaciones:

- 1.- Incorporación y concreción de los contenidos de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas desde la educación para la salud en el currículum de la Comunidad Autónoma mediante el fomento de los factores de protección incluyendo:

- Información adaptada a los distintos grupos de edad
 - Capacitación en habilidades de comunicación.
 - Actitudes críticas frente a los medios de comunicación y el consumo de drogas.
 - Estrategias de reducción de riesgo y daños
 - Refuerzo de la autoestima
- 2.- Implantación de programas educativos para el alumnado de Educación Obligatoria de la Comunidad Autónoma, con el apoyo de los Centros de Prevención Comunitaria y con actividades de formación específica para el profesorado.
 - 3.- Apoyo al desarrollo de proyectos de centro en prevención de drogodependencias y otras adicciones que partan del análisis de su realidad coordinándose con los recursos locales y en la línea europea de "Escuelas Promotoras de Salud".
 - 4.- Acreditación de los programas/materiales de prevención con enfoque de promoción de salud para su posible aplicación en los centros.

Objetivo 2

Potenciar la coordinación entre los Departamentos de Salud y Educación en materia de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

Actuaciones:

- 1.- Coordinación de las iniciativas en ámbito educativo de instituciones y entidades de prevención de drogodependencias y otras adicciones desde la Comisión Mixta Salud - Educación y las Comisiones Provinciales de Huesca, Teruel y Zaragoza.
- 2.- Establecimiento de cauces para el apoyo técnico del Departamento de Salud en la aplicación de programas de prevención de drogodependencias y otras adicciones en medio escolar.

Objetivo 3

Facilitar la detección precoz y canalización asistencial adecuada al alumnado con problemas de adicciones.

Actuaciones:

- 1.- Elaboración de protocolos de colaboración de centros educativos y recursos comunitarios de prevención de drogodependencias y otras adicciones.
- 2.- Establecimiento de cauces para el asesoramiento a tutores y departamentos de orientación de situaciones conflictivas respecto al consumo de drogas y otras adicciones desde el Departamento de Educación en colaboración con el Departamento de Salud y Consumo.

Objetivo 4

Garantizar la formación del personal de los centros educativos en materia de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas

Actuaciones:

- 1.- Inclusión en el Plan de Formación Anual del Profesorado de actividades formativas sobre prevención de drogodependencias y otras adicciones y recoger las iniciativas del profesorado en seminarios y grupos de trabajo de los Centros de Profesores y Recursos (CPR).
- 2.- Incluir dentro de los objetivos generales y estructura del programa para la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica, o bien en el sucesivo título que lo sustituya, un módulo de prevención de drogas y otras adicciones, dentro de la asignatura obligatoria que corresponda.
- 3.- Apoyo desde los CPR al desarrollo de programas escolares de prevención de drogodependencias y otras adicciones mediante los asesores de referencia de Educación para la Salud.
- 4.- Difusión de programas de información y formación en colaboración con las Federaciones de Asociaciones de Padres y Madres.
- 5.- Inclusión en los planes locales (municipales/comarcales), de prevención de actividades de información y formación dirigidas a asociaciones de madres y padres de alumnos.
- 6.- Incorporación a los currícula de pregrado de ciencias de la salud, de la educación y sociales de contenidos de prevención de drogodependencias y otras adicciones dentro del marco de la promoción y educación para la salud y orientados al fomento de los factores de protección.

Objetivo 5

Incrementar el potencial de salud de los adolescentes desarrollando actitudes, valores, habilidades sociales y otros recursos personales para promover el uso responsable.

Actuaciones:

- 1.- Extensión progresiva del *programa de apertura de centros* con oferta de actividades de ocio saludable, dirigidas a adolescentes.
- 2.- Implicación de representantes del alumnado en la elaboración de los programas y actividades de prevención de ámbito educativo.

Objetivo 6

Coordinar las actividades de prevención en el ámbito educativo de todas aquellas instituciones y entidades que intervienen en dicho escenario.

Actuaciones:

- 1.- Establecimiento de cauces de colaboración en el nivel local (municipal/comarcal) entre el sector educativo y los recursos comunitarios de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas para el desarrollo de planes locales.

Objetivo 7

Fomentar la participación de la comunidad escolar en la elaboración y aplicación de los programas de prevención en ámbito educativo.

Actuaciones:

- 1.- Difusión periódica desde el Sistema de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES) de información actualizada a los centros educativos sobre la situación de las drogodependencias y otras conductas adictivas y las líneas de prevención en la Comunidad Autónoma.

2.2.2. ÁMBITO COMUNITARIO

El nivel local o comarcal, en el que se desarrolla la prevención comunitaria, es un espacio privilegiado para la prevención de drogodependencias y otras adicciones desde el marco de la promoción de la salud. El sentimiento de pertenencia y las relaciones más directas por parte de las redes sociales formales e informales representan importantes oportunidades de prevención. La organización comunitaria y el tejido asociativo de un barrio, una localidad o comarca deben participar en las iniciativas de prevención.

En el ámbito comunitario este Plan Autonómico debe ser un instrumento que enmarque, coordine y potencie las buenas practicas que se vienen desarrollando, al tiempo que impulsa nuevas acciones necesarias. Para ello es preciso coordinar las actuaciones en el campo comunitario que se desarrollen en la Comunidad Autónoma, y de estas con los otros ámbitos de prevención (escolar, social, laboral,...) con el objetivo explícito de favorecer la sinergia de las acciones.

Se entiende como prevención comunitaria aquella que se organiza a partir de equipos multidisciplinares, que parte de las necesidades de la comunidad, contando con esta en la génesis, elaboración y desarrollo de programas y acciones fomentando la participación de los colectivos comunitarios en la toma de decisiones y favoreciendo la creación de redes

Objetivo 1

Impulsar el establecimiento de políticas integrales de prevención de las drogodependencias y otras conductas adictivas, desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Actuaciones:

- 1.- Se aplicará el marco referencial de educación y promoción de salud a las intervenciones de prevención que se realicen en la Comunidad Autónoma.
- 2.- Se impulsará el desarrollo de los planes locales de prevención en el nivel municipal o comarcal garantizando el apoyo técnico y la partida presupuestaria necesaria
- 3.- La Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de salud (RAPPS) se constituirá en un espacio de encuentro entre los programas de prevención de drogodependencias y otras adicciones.

Objetivo 2

Facilitar cauces de coordinación de las intervenciones de prevención en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Actuaciones:

Se constituirá una estructura autonómica de coordinación de las intervenciones en materia de prevención de las distintas instituciones y entidades implicadas así como la coordinación entre los centros, unidades y profesionales responsables de la asistencia y la prevención.

- 1.- Se integrarán en los sistemas de información los indicadores obtenidos mediante *informantes clave* que permitan detectar cambios en actitudes y hábitos de consumo facilitando la elaboración de los planes de prevención.

Objetivo 3

Dotar a los sistemas de información en salud de datos para la detección de tendencias, cambios culturales y de hábitos, circunstancias en las que se producen y consecuencias del consumo de drogas y otras adicciones, a fin de facilitar una planificación adecuada de la prevención.

Objetivo 4

Garantizar la formación interdisciplinar en prevención de los profesionales y agentes sociales que trabajan en prevención de drogodependencias y otras adicciones en ámbito comunitario

Actuaciones:

- 1.- Implantación de planes locales de formación en prevención de adicciones orientados al fomento de factores de protección y dirigidos a profesionales, colectivos, asociaciones (de madres y padres de alumnos, de jóvenes) y agentes comunitarios a través de los Centros de Prevención Comunitaria.

Objetivo 5

Proporcionar a la población general y a los profesionales la información adecuada que facilite la comprensión del fenómeno de las adicciones y las tareas de prevención.

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo de actividades de información y sensibilización dirigidas a la población general que permitan la comprensión del fenómeno de las drogodependencias facilitando el acceso de la población a la información sobre tendencias y recursos de prevención existentes
- 2.- Se potenciará el Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) como centro de documentación en prevención de drogodependencias y otras adicciones dotando de recursos adecuados.

2.2.3. ÁMBITO LABORAL

Las iniciativas de prevención en los lugares de trabajo se dirigen a minimizar los riesgos personales por el abuso de drogas y otras adicciones y a eliminar y reducir los factores de riesgo evaluados previamente, para evitar las condiciones que favorezcan el consumo funcional o adaptativo de drogas. Las intervenciones de prevención se realizarán en colaboración con los diferentes representantes sociales de la empresa: organizaciones sindicales y empresariales y entidades con implicación en salud laboral como Consejo Aragonés de Seguridad y Salud Laboral, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y Comités de Seguridad y Salud de las empresas.

Objetivo 1

Proporcionar formación a personas responsables en el ámbito laboral sobre prevención de conductas adictivas.

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo de actividades formativas sobre prevención dirigidas a mandos intermedios, delegados sindicales, delegados de prevención, técnicos de personal y personal de los servicios de prevención
- 2.- Elaboración / adaptación de material didáctico (informativo y educativo) específico

Objetivo 2

Sensibilizar a la población trabajadora y promover su participación en las actividades de prevención

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo de campañas informativas dirigidas a sensibilizar sobre el consumo de drogas y otras adicciones
- 2.- Establecimiento de espacios donde los trabajadores puedan exponer sus inquietudes en relación con el consumo de drogas y buscar soluciones dentro del marco de los Comités de Seguridad y Salud Laboral.

Objetivo 3

Disminuir la oferta de drogas legales en el ámbito laboral

Actuaciones:

- 1.- Aplicación de medidas que aseguren el cumplimiento de la legislación sobre consumo de drogas

Objetivo 4

Analizar la situación en la Comunidad Autónoma y detectar las necesidades de los trabajadores en materia de prevención de adicciones.

Actuaciones:

- 1.- Realización de los estudios e investigaciones necesarios para mejorar el conocimiento de la situación en medio laboral Aragón, detectar necesidades y optimizar las respuestas.

2.2.4. ÁMBITO SANITARIO

Los servicios sanitarios son un lugar donde acude la población para que les sean atendidas determinadas necesidades sociales y de salud. Estos servicios son lugares para iniciar actuaciones de prevención de cualquier tipo, pero especialmente referidos a la intervención precoz en situaciones de riesgo y a la colaboración con otros servicios y entidades.

Objetivo1

Proporcionar formación a los profesionales de los servicios sanitarios sobre prevención de las drogodependencias y otras adicciones

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo de actividades de formación en prevención de drogodependencias y otras adicciones para profesionales de atención primaria dentro del plan de formación del Servicio Aragonés de Salud

Objetivo 2

Iniciar y mantener cauces de comunicación y colaboración con los centros docentes de la zona para desarrollar programas escolares de prevención

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo y potenciación de los servicios de la cartera relacionados con la prevención de las drogodependencias y otras adicciones (Servicio 105 de la cartera de servicios de Atención Primaria: educación para la salud en la escuela)

Objetivo 3

Establecer cauces de coordinación funcional con recursos específicos de atención a personas con problemas de adicciones

Actuaciones:

- 1.- Elaboración y aplicación de protocolos de derivación y de coordinación funcional con servicios específicos de atención a personas con drogodependencias y otras adicciones.

B) Asistencia

En el ámbito asistencial los objetivos y actuaciones se orientan a mejorar la calidad de intervención de los servicios de atención a las personas con problemas de adicciones mediante la integración de los programas en la red de cuidados de salud del Sistema Aragonés de Salud y del Sistema de Servicios Sociales. Para ello es necesario incorporar programas que den respuesta a los nuevos patrones de consumo y conductas adictivas facilitando la accesibilidad a los mismos a todos los usuarios.

Objetivo 1

Conformar una red de Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) integrada en la red del Servicio Aragonés de Salud en la que se garantice la asistencia de las personas que presenten problemas derivados del consumo de sustancias y otras adicciones en todos sus aspectos.

Actuaciones:

- 1.- Los sectores sanitarios dispondrán de una cartera de servicios de atención a las adicciones, configurándose las UASA según la reconversión de los centros actuales y la creación de unidades en función de la demanda y población de referencia.
- 2.- Prestación de atención a través de la red de Unidades de Atención y Seguimiento y de la Comunidad Terapéutica “El Frago”, a todas las adicciones y formas de consumo.

Objetivo 2

Adecuar los recursos de la red asistencial a las nuevas necesidades derivadas de los consumos de drogas y otras adicciones, con el fin de disponer de una oferta de servicios uniforme en toda la red asistencial evitando desequilibrios asistenciales en lo relativo a las unidades básicas de atención.

Actuaciones:

- 1.- Definición de la cartera de servicios de los dispositivos que integran los diferentes niveles de intervención.

- 2.- Establecimiento como puerta de entrada al sistema de los dispositivos de nivel primario: Atención Primaria de Salud, Centros de Prevención Comunitaria y Servicios Sociales de Base.

Objetivo 3.

Facilitar e incrementar la accesibilidad y la permanencia de los usuarios en la red sanitaria y social.

Actuaciones:

- 1.- Inclusión en la atención no demorable a usuarios con necesidades especiales en todos los recursos y programas de la red.
- 2.- Potenciando la intervención de los profesionales dirigidas a la detección del problema y motivación al tratamiento de las personas con problemas de adicciones.

Objetivo 4

Garantizar la suficiente dotación de personal de las unidades de atención y seguimiento de adicciones, para que en todo momento, exista una adecuada prestación de servicios profesionales.

Actuaciones:

- 1.- Dotación de equipos interdisciplinarios para las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones.
- 2.- Desarrollo de programas de formación y reciclaje de los profesionales a través de los programas formativos establecidos por los órganos con competencia en la materia.
- 3.- Oferta de servicios de reducción de daños en todas las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones.

Objetivo 5.

Disponer de una oferta de servicios uniforme en toda la red asistencial, evitando desequilibrios en lo relativo a servicios básicos. La organización de la oferta de cuidados deberá permitir elaborar respuestas adaptadas a las necesidades derivadas de los nuevos comportamientos de consumo.

Actuaciones:

- 1.- Elaboración de los criterios y normas técnicas de los servicios de desintoxicación, alcohol, antagonistas, agonistas, estimulantes y orientación familiar.
- 2.- Implantación progresiva de la cartera de servicios

Objetivo 6

Unificar los criterios terapéuticos para la asistencia a problemas adictivos.

Actuaciones:

- 1.- Desarrollo en los centros de un programa terapéutico, homologado y a disposición de los usuarios, que recogerá los programas ofertados.

Objetivo 7

Establecer cauces de coordinación permanente entre los servicios sanitarios y sociales

- 7.1 Establecer circuitos asistenciales adecuados a cada sector, implicando a todos los profesionales que en el desempeño de sus funciones puedan favorecer el desarrollo de los Programas.
- 7.2 Elaborar y/o actualizar protocolos de derivación y de actuación que garanticen el perfecto funcionamiento de los distintos niveles asistenciales.

C) Integración social

Con el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas se pretende conseguir y mejorar la capacidad de inserción social y laboral de las personas con problemas de adicciones teniendo en cuenta que éste es un colectivo vulnerable ya que además de problemas de salud en ocasiones presentan un importante deterioro en su situación social y personal, carecen de apoyos familiares y sociales adecuados, o tienen más dificultades por haber estado privados de libertad.

Objetivo 1.

Trabajar en Red con los distintos servicios de salud, educación y atención social, para elaborar itinerarios individualizados de inserción de las personas con problemas de adicciones que estén siendo atendidas en la red asistencial autonómica.

Actuaciones:

- 1.- Realizando un diagnóstico social para valorar las necesidades individuales y conociendo los recursos sociales existentes orientar a los usuarios a los más idóneos, implicando a los beneficiarios en su propio proceso de incorporación social.
- 2.- Estableciendo medidas complementarias para que se incremente el número de personas en tratamiento, que accedan a programas de formación profesional y empleo.

Objetivo 2.

Coordinación con el sistema público de Servicios sociales y con las entidades que trabajan en el área de inclusión de las personas en situación de riesgo de exclusión.

Actuaciones:

- 1.- Creando canales de comunicación, protocolos de coordinación y establecimiento de programas conjuntos con aquellos organismos e instituciones que intervienen en su proceso terapéutico.

Objetivo 3.

Mejorar la ocupabilidad e integración de los drogodependientes desempleados en riesgo de exclusión social, potenciando los procesos de formación e incorporación social desde los centros de tratamiento.

Actuaciones:

- 1.- Aprovechando los Programas del Servicio de Intermediación del INAEM. A través de los planes integrales de empleo que combinan acciones de información, orientación y asesoramiento, formación, práctica laboral y movilidad geográfica, con la finalidad de conseguir la inserción laboral de los desempleados
- 2.- Potenciando la promoción de la contratación estable y de calidad, mediante ayudas específicas para las empresas que contraten de forma temporal a personas desfavorecidas o con mayores dificultades de integración laboral.
- 3.- Promocionando el empleo en Cooperativas y Sociedades Laborales, a través de ayudas para la incorporación de socios trabajadores a cooperativas y sociedades laborales pertenecientes a alguno de los colectivos contemplados en los programas de fomento de empleo.

Objetivo 4.

Fomentar la coordinación externa con los diferentes agentes sociales implicados en los procesos de incorporación social participando en programas amplios y destinados a todo tipo de población.

Actuaciones:

- 1.- Afrontando la inserción de los colectivos afectados por la exclusión social, de manera conjunta por parte de todos los agentes públicos y privados que operen en el territorio.
- 2.- Disponiendo de cauces de información actualizados sobre las acciones formativas específicas que se realizan con las asociaciones y organismos, así como de los recursos y programas existentes relacionados con las competencias Autonómicas y Comunitarias: Programas del Servicio de Promoción de Empleo, del Servicio de Formación, o del Servicio de Intermediación del Instituto Aragonés de Empleo.

Objetivo 5.

Promover, por parte de las corporaciones locales de más de 20.000 habitantes programas para la integración social de las personas afectadas por trastornos adictivos.

Actuaciones:

- 1.- Potenciando acuerdos de colaboración con las Agencias Públicas de Empleo con la incorporación de drogodependientes y personas afectadas por otros trastornos adictivos en tratamiento a los programas de formación profesional.
- 2.- Creación de programas municipales de empleo para la integración laboral de aquellas personas con especiales necesidades laborales.
- 3.- Promocionando desde las Entidades Locales la creación de Empresas de Inserción Laboral cuyo último fin es la incorporación socio-profesional de personas en situación o amenaza de exclusión social proporcionándoles un trabajo remunerado y la formación y acompañamiento necesarios para mejorar sus condiciones de ocupabilidad y facilitar su acceso al mercado laboral ordinario.

Objetivo 6.

Conseguir que las personas sean agentes participantes de su inserción, proporcionándoles la formación y acompañamiento necesarios para la adquisición de las competencias exigidas por el mercado laboral y de habilidades sociales que mejoren su posición en la sociedad.

Actuaciones:

- 1.- Facilitando la incorporación a los programas de formación y empleo normalizados o específicos a los drogodependientes en riesgo de exclusión que se encuentren en proceso de rehabilitación.

Objetivo 7.

Desarrollar programas de actuación especializados para facilitar la atención integral de aquellos usuarios afectados por problemas legales.

Actuaciones:

- 1.- Ofertando asesoramiento jurídico a todas las personas con problemas de adicción que se encuentren en proceso de rehabilitación y reinserción social desde los centros de tratamiento y desde el movimiento asociativo.
- 2.- Optimizando la coordinación entre los centros de tratamiento y las comisarías de policía, juzgados y centros penitenciarios.

3. ORGANIZACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

3.1. NIVELES DE ASISTENCIA

Los recursos públicos para la prevención, asistencia e incorporación social de las personas con problema de drogodependencia y otras adicciones en nuestra Comunidad Autónoma estarán integrados en las redes generales asistenciales socio-sanitarias. Tal como recoge la Ley 3/2001 de Prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, la atención a las drogodependencias y otras adicciones se conformará por tres niveles de atención, siendo las funciones de cada nivel las siguientes:

Funciones del primer nivel:

- La información, orientación, asesoramiento, motivación, educación sanitaria y promoción de la salud, y en su caso, derivación hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social.
- Detección precoz, diagnóstico, pronóstico y valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.
- La atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al uso y/o abuso de drogas y otros trastornos adictivos, así como dispensación de opiáceos para programas de mantenimiento, en coordinación con el segundo nivel.
- El apoyo al proceso de incorporación social.
- La ayuda y asesoramiento a sus familiares y entorno afectivo.

Recursos del primer nivel:

- **Equipos de Atención Primaria: Centros de Salud.** Desarrollan las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención y curación de la enfermedad, a la rehabilitación de la salud y a la reinserción social, tanto individual como colectiva de los usuarios que residen, de forma temporal o permanente en la zona de salud.

- **Servicios Sociales Comunitarios.** Son servicios públicos de carácter general y polivalente que proporcionan un primer nivel de atención social que hace posible el acceso a los recursos de los sistemas de protección social.
- **Centros de Prevención Comunitaria (CPC).** Son recursos pertenecientes a las Corporaciones Locales que desarrollan actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como, promover hábitos de vida saludables.

Funciones del segundo nivel:

- La planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabitación y rehabilitación ambulatoria.
- El apoyo y coordinación de los procesos de incorporación social y familiar.
- Coordinación con el resto de recursos de los niveles primario y terciario en las redes social y sanitaria.
- El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- La atención a las patologías somáticas y psiquiátricas asociadas a las conductas adictivas.
- La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- El programa de intervención familiar orientado a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Recursos del segundo nivel:

- **Centros de Salud Mental.** Constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental, proporcionan atención ambulatoria especializada en dicho ámbito y están integrados por un equipo multidisciplinar de profesionales que atiende aquellos casos que, por su gravedad o duración, no son susceptibles de ser tratados por el médico de Atención Primaria. Ubicados en su mayoría en los propios centros de Atención Primaria, los centros de salud mental atienden a pacientes mayores de 18 años.
- **Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil.** Son recursos específicos destinados a los problemas de salud mental de la población menor de 18 años
- **Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA).** Son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de

los trastornos adictivos, que atenderán a aquellos enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria.

- **Unidades de desintoxicación hospitalaria.** Son aquellas que, dentro de un centro hospitalario, realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren.

Funciones del tercer nivel:

Los programas de integración o incorporación social pueden agruparse en tres grandes categorías:

- *Programas de formación/educación:* lo constituyen las actividades dirigidas a la información, orientación y entrenamiento para la búsqueda de empleo.
- *Programas de integración laboral:* programas que tiene el objetivo de proporcionar un empleo remunerado a drogodependientes que se encuentran en un proceso estable de rehabilitación. Son:
 - Programas especiales empleo, promovidos por el INAEM y por las Administraciones Locales.
 - Contratos subvencionados en empresas
 - Promoción del autoempleo (trabajo autónomo, cooperativas)
- *Recursos de apoyo residencial.* En muchos casos el abordaje terapéutico requerirá la combinación de diferentes recursos asistenciales, estructurados en los circuitos terapéuticos y coordinados con servicios generales, especializados y específicos que ofrecerán una asistencia diversificada ajustada a las características, necesidades y demandas de cada paciente.

La metodología de trabajo estará basada en el desarrollo de programas individualizados de incorporación social que contemplarán itinerarios de inserción en los ámbitos social, formativo, laboral y judicial.

Recursos del tercer nivel:

- **Comunidades Terapéuticas.** Son centros de rehabilitación de carácter residencial que proporcionan una atención orientada hacia la deshabitación, la rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, con objeto de facilitar la incorporación social del usuario.

- **Alternativas residenciales.** Son unidades residenciales, sin funciones asistenciales, para el apoyo a la incorporación social o familiar de los drogodependientes durante el proceso terapéutico.
- **Dispositivos de inserción socio-laboral.** Centros de carácter económico-social que además de los objetivos y beneficios económicos persiguen objetivos de contenido social, centrados en el desarrollo de proyectos de inserción socio-laboral y tendentes a la adquisición de competencias profesionales y sociales para facilitarles a las personas con dificultades el acceso al mercado de trabajo ordinario.

3.2. RECURSOS ACTUALES

A) Recursos asistenciales

La Red de recursos asistenciales para las drogodependencias y otras adicciones en Aragón, está formada por un variado dispositivo de centros de titularidad pública, complementado con recursos privados debidamente autorizados y /o acreditados, que bajo la concertación y coordinación del Gobierno de Aragón, ofrecen una atención ambulatoria diversificada, profesionalizada, interdisciplinar y que intenta adaptarse a las necesidades de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas y otras adicciones.

Estos recursos se encuentran distribuidos por todo el territorio aragonés garantizando la accesibilidad a los mismos y formando parte del complejo circuito terapéutico que abarca los distintos programas y niveles de intervención.

En la actualidad los recursos específicos que desarrollan actividades asistenciales son:

a) Recursos de titularidad pública dependientes de distintas Instituciones (Ayuntamientos, Comarcas, Gobierno de Aragón):

- Centros Municipales de Drogodependencias (C.M.D) Monzón, Ainsa, Jaca, Tarazona, Utrillas, Andorra, Calamocha, Alcañiz.
- Unidad Provincial de Drogodependencias Huesca
- Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. Ayuntamiento Zaragoza
- Unidad Asistencial de Drogodependencias del Servicio Provincial de Zaragoza
- Hospital “Nuestra Señora de Gracia” de Zaragoza
- Programas de tratamiento de drogodependencias de los Centros Penitenciarios
- Comunidad terapéutica de rehabilitación de toxicómanos “El Frago”

b) Centros privados, asociaciones de apoyo de familiares y otras entidades concertados/conveniados con el Gobierno de Aragón:

- Fundación Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Zaragoza (C.S.Z.)
- Cruz Roja (Zaragoza, Huesca y Teruel)
- Fundación Valero Martínez. , Asociación Aragonesa de Ex-Alcohólicos (ASAREX)

- Asociación Bajoaragonesa y Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR)
- Asociación Bajoaragonesa de Ayuda al Toxicómano (ABAT)
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Aragón
- Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza (FABZ)
- Ejea Sociedad Cooperativa Laboral
- Hermanos de la Cruz Blanca Huesca
- Colegios Oficiales de farmacéuticos de Aragón
- Sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores
- Cáritas Aragón
- Asociación Naxe
- Asociación Ibón
- Asociación zaragozana de jugadores en rehabilitación (AZAJER)

Los datos de actividad y características de los pacientes atendidos se describen en el Anexo IV.

B) Recursos de prevención

Las actuaciones y programas de prevención se llevan a cabo tanto desde los centros específicos de atención a drogodependencias y otras adicciones (públicos y privados conveniados) como desde centros no específicos (centros educativos, sanitarios y entidades de iniciativa social)

El tipo de actuaciones realizadas es muy diverso en función de los objetivos y metodología de trabajo de los distintos centros o entidades y de la población a que se dirigen existiendo un amplio abanico de intervenciones que incluyen tanto los programas de prevención comunitarias desarrollados en algunos Centros Municipales de Atención a Drogodependencias, como la integración curricular de la prevención en muchos centros educativos y acciones más puntuales de información y sensibilización o formación a colectivos específicos (profesorado, padres y madres, mediadores juveniles, delegados laborales de prevención, grupos en riesgo)

En la actualidad, los recursos que realizan actividades de prevención son:

a) Recursos de titularidad pública dependientes de distintas Instituciones (Ayuntamientos, Comarcas, Gobierno de Aragón):

- Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones Ayuntamiento de Zaragoza
- Unidad Provincial de Drogodependencias Huesca
- Centros Municipales de Drogodependencias (C.M.D) de Monzón, Ainsa, Jaca, Calatayud, Tarazona, Utrillas, Comunidad Sierra de Arcos (Andorra) Calamocha y Alcañiz.

- Centros de Salud del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) (prevención de tabaquismo)

b) Centros, asociaciones y otras entidades con las que existe convenio:

- Consejo de la Juventud de Aragón
- Federación Aragonesa de Asociaciones de padres (FAPAR)
- Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza (FABZ)
- Sindicatos: Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores y Unión sindical obrera
- Fundación Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Zaragoza (C.S.Z.).
- Cruz Roja
- Hermanos de la Cruz Blanca de Huesca
- Asociación Aragonesa de Ex-Alcohólicos (ASAREX)
- Asociación Bajoaragonesa y Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR)
- Asociación Bajoaragonesa de Ayuda al Toxicómano (ABAT)
- Cáritas de Aragón
- Asociación Naxe de Jaca
- Asociación Ibón de Sabiñánigo
- Asociación de Prevención de Tabaquismo en Aragón (APTA)
- Asociación Zaragozana de Jugadores en Rehabilitación (AZAJER)

Los datos de actividad y características de los servicios que se realizan se describen en el Anexo V.

3.3. REORDENACIÓN Y CREACIÓN DE NUEVOS RECURSOS

Una de las metas de este Plan es la reordenación de servicios asistenciales y preventivos. Así los recursos de atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos se organizan de acuerdo con los Sectores de Salud, como estructura fundamental del sistema sanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

La integración de la asistencia a las drogodependencias y otras adicciones como una prestación común dentro del sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de Aragón hace necesaria la dotación de recursos específicos debidamente normalizados e integrados en la red de asistencia pública, de modo que se refuerce el desarrollo de una atención integral a este tipo de patologías. Es necesario homogeneizar la composición de los equipos que prestan atención en este ámbito, superando la diversidad existente hasta la fecha, y asegurar en todo el territorio unas prestaciones comunes a los beneficiarios de estos programas.

Se establecerá una cartera de servicios para cada recurso, con las prestaciones mínimas y homologadas para todos los centros y servicios que integren la red. Cada Sector a través de su contrato de gestión organizará las prestaciones en esta materia, en función de sus recursos, necesidades y características de la población a atender y de sus posibilidades operativas.

La gestión de los centros y servicios asistenciales dependientes del Gobierno de Aragón corresponderá al Servicio Aragonés de la Salud a través de sus estructuras de Sector.

La competencia en prevención descansará en la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y en las corporaciones locales. Los recursos específicos de prevención, Centros de Prevención Comunitaria, se organizarán a través de unidades de ámbito local, impulsando el desarrollo de una Red Autonómica de Centros de Prevención Comunitaria de titularidad local que se integrará preferentemente en los Servicios Sociales Comunitarios. El ámbito territorial de actuación será comarcal y/o supracomarcal estableciéndose acuerdos entre aquellas comarcas que por criterio poblacional no dispongan de Centro de Prevención, para que cuenten con la colaboración de los Centros de Prevención más próximos. El desarrollo de los Centros de Prevención tendrá como estructura de partida los Centros Municipales y Comarcales de Drogodependencias ya existentes.

La Dirección General de Salud Pública, será el organismo encargado de coordinar el proceso de desarrollo de estos centros y potenciará la elaboración de Planes Locales de Prevención con la necesaria supervisión técnica y apoyo financiero. Así mismo coordinará, supervisará y evaluará las acciones a desarrollar y la colaboración entre comarcas. La Dirección

General de Salud Pública desarrollará las directrices del Plan Autonómico en coordinación con el Servicio Aragonés de Salud, y gestionará todas las acciones ligadas al ámbito de la prevención.

En este nuevo marco de actuación y atendiendo al dinamismo y la variedad del fenómeno de las drogodependencias, a las múltiples dimensiones que el mismo presenta y a la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica será necesario reforzar la coordinación entre los Centros de Prevención Comunitaria, las Unidades Asistenciales, las Unidades de Salud Mental y los Centros de Salud.

Puesto que los Centros de Prevención Comunitaria y las Unidades de Atención y Seguimiento son de nueva creación, pasamos a desarrollar el contenido y las funciones que deberán tener los mismos.

Centros de Prevención Comunitaria

Los Centros de Prevención Comunitaria juegan un papel de dinamización de procesos, coordinación y desarrollo de las intervenciones que, ligadas al ámbito local (municipal / comarcal) se concretarán en los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones.

Los centros, además de desarrollar los programas preventivos ya instaurados, incluirán entre sus funciones el trabajo de proximidad, tomando contacto con individuos o subpoblaciones de especial riesgo que no acceden a la mayoría de los servicios existentes, o a los canales tradicionales de la educación para la salud.

Las funciones de los Centros de Prevención Comunitaria incluyen:

Impulsar el establecimiento de políticas locales de prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la promoción de la salud mediante la elaboración de Planes Locales de Prevención que:

- Partan del análisis de la realidad social y sanitaria local.
- Se basen en la coordinación intersectorial.
- Cuenten con la participación de la comunidad en todas sus fases.
- Se elaboren con criterios de programación y evaluación.
- Establezcan acciones con continuidad a corto, medio y largo plazo.
- Coordinen todas las iniciativas e intervenciones que tengan lugar en la realidad local (sistema educativo, sociosanitario, iniciativa social...)
- Definan las prioridades de intervención.

Establecer cauces sistemáticos de coordinación en el nivel local entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.

Participar como *informante clave* de los sistemas de información sobre cambios en actitudes y hábitos de consumo.

Proporcionar información, formación y asesoramiento en materia de prevención a profesionales, mediadores juveniles y a la Red Comunitaria (Asociaciones de madres y padres, juveniles y otras, mediadores sociales).

Potenciar el desarrollo del tejido asociativo y especialmente el juvenil favoreciendo la participación de los agentes comunitarios y de los jóvenes en la elaboración de programas preventivos a través de la creación y funcionamiento de comisiones y /o grupos de trabajo donde se analicen las necesidades y demandas de los jóvenes y las alternativas de prevención más adecuadas a cada realidad.

Colaborar con el Sistema Educativo en la puesta en práctica de programas escolares de prevención, con apoyo formativo y acompañamiento de las acciones.

Realizar la detección precoz de los problemas de adicciones mediante el trabajo de proximidad con acercamiento a colectivos en situación de riesgo y el desarrollo de programas de intervención precoz con adolescentes con problemas especiales (apoyo individual y grupal dirigido al cambio de los comportamientos más arriesgados) así como programas de reducción de daños, acercando los recursos a los colectivos con especial riesgo.

Realizar el seguimiento de aquellos pacientes que tras el tratamiento en una Unidad Asistencial precisen una intervención continuada, longitudinal, para mantenimiento de la abstinencia y de las habilidades aprendidas, sin descartar intervenciones excepcionales y específicas sobre una situación concreta de consumo.

Informar, orientar y asesorar tanto a los individuos implicados en el consumo de drogas, como a las familias de éstos, de la problemática de la drogodependencia y los problemas asociados realizando el diagnóstico de la situación y orientando en cada caso hacia el recurso más adecuado.

Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones:

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones se configuran como unidades de referencia para el tratamiento de drogodependencias u otros trastornos adictivos dentro del Sector de Salud en la que se ubiquen.

En cada Sector, con población igual o superior a 100.000 habitantes, deberá existir una unidad. No obstante, podrán aplicarse factores de corrección en función de la dispersión o las dificultades de comunicación existentes.

Las Unidades tendrán como objetivo básico la asistencia a las drogodependencias y otras adicciones. Complementariamente, podrán colaborar en aquellos programas preventivos que, dirigidos a disminuir la incidencia del consumo de drogas y el desarrollo de otras adicciones, pudieran desarrollarse en su ámbito geográfico de actuación.

El acceso de pacientes a las Unidades se realizará directamente o bien por derivación desde cualquier centro o servicio sanitario del Sector.

Las funciones de estas unidades incluyen los siguientes aspectos:

- Información, orientación y asesoramiento tanto a los individuos implicados en conductas adictivas, como a las familias de éstos, sobre la problemática de las adicciones y sobre todos los problemas asociados; de salud física o psíquica, familiares, legales, laborales...
- Desarrollo de programas orientados al abandono del consumo de drogas u otras conductas adictivas mediante intervenciones individuales o grupales en diversas áreas por parte de los distintos profesionales y de forma ambulatoria.
- Planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- Asesoramiento a los familiares incorporándolos en el proceso terapéutico y facilitación de la permanencia en los programas.
- Intervención específica con adolescentes y jóvenes que presentan problemas relacionados con cualquier tipo de adicciones.
- Intervención continuada y seguimiento para mantenimiento de los objetivos terapéuticos.
- Apoyo al proceso de incorporación social en coordinación con los recursos sociales y las redes comunitarias. Coordinación con el resto de recursos de los niveles primario y terciario en las redes social y sanitaria.

3.4. PREVISIÓN DE RECURSOS NECESARIOS

Centros de prevención comunitaria (CPC)

Sector	Nº centros	Localidad
Teruel	3	Teruel Utrillas Calamocha
Alcañiz	2	Alcañiz Andorra
Huesca	2	Huesca Jaca
Barbastro	3	Monzón Aínsa Fraga
Calatayud	1	Calatayud
Sector 1	1	Zaragoza
Sector 2	1	Zaragoza
Sector 3	1	Tarazona

Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA)

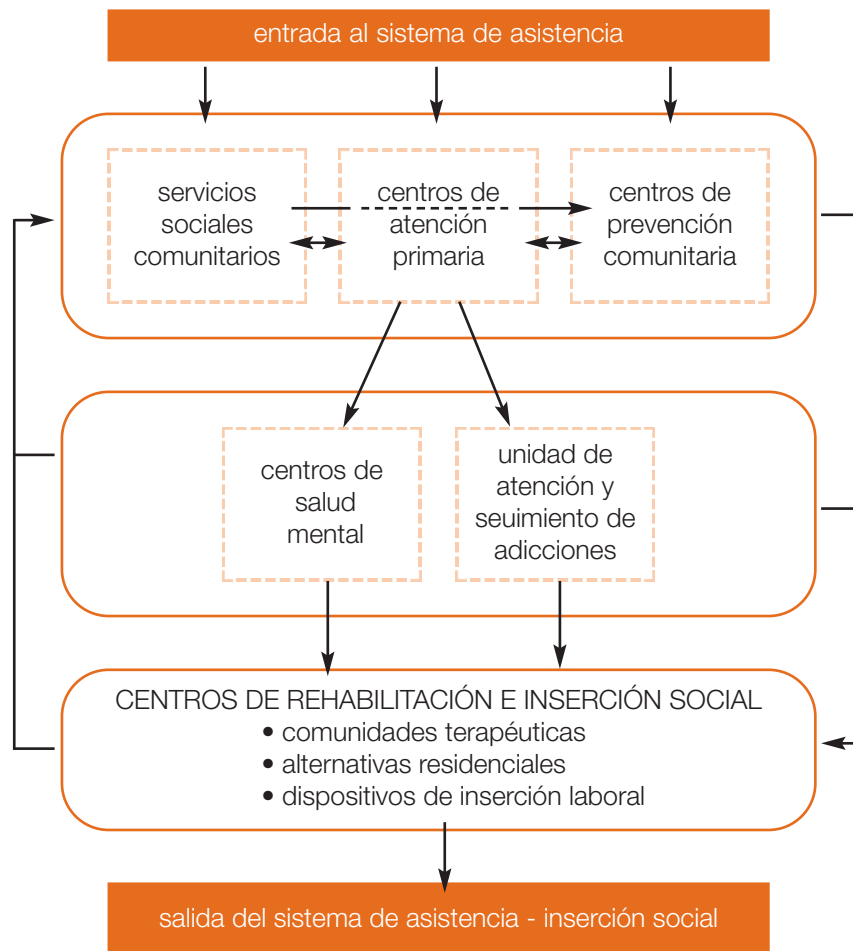
Sector	Nº centros	Localidad
Teruel	1	Teruel
Alcañiz	1	Alcañiz
Huesca	2	Huesca Jaca*
Barbastro	1	Monzón
Calatayud	1	Calatayud
Sector 1	1	Zaragoza
Sector 2	1	Zaragoza
Sector 3	2	Zaragoza Tarazona*

* Centros Asistenciales de Apoyo

3.5. ESQUEMA DE ITINERARIOS

El siguiente gráfico describe las posibilidades de derivación entre centros y recursos para la prevención y el tratamiento de drogodependencias y otras conductas adictivas.

La puerta de entrada para recibir información y/o atención de cualquier persona con algún problema de adicciones, serán los centros de Atención Primaria, Prevención Comunitaria y Servicios Sociales Comunitarios. Dependiendo de la problemática planteada se atenderá en el recurso asistencial más adecuado. Las flechas tienen doble dirección ya que, una vez terminado su proceso, el paciente deberá seguir en contacto con los recursos que han participado en su valoración y derivación.



3.6. TABLA RESUMEN DE LAS FUNCIONES DE CADA RECURSO

Resumen de las prestaciones de los Centros de Atención Primaria, Servicios Sociales Comunitarios, Centros de Prevención Comunitaria, Centros de Salud Mental y Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones.

Centros de Atención Primaria	Servicios Sociales Comunitarios	Centros de Prevención Comunitaria	Centros de Salud Mental	Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones
Información, orientación y asesoramiento	Información, orientación y asesoramiento	Información, orientación y asesoramiento	Información, orientación y asesoramiento	Información, orientación y asesoramiento
	Detección precoz	Detección precoz		
		Prevención Medio Escolar		
	Prevención Medio Comunitario	Prevención Medio Comunitario		
			Plan Individualizado de Tratamiento	Plan Individualizado de Tratamiento
				Desintoxicación ambulatoria
				Deshabitación ambulatoria
				Rehabilitación ambulatoria
Tratamiento de patologías somáticas asociadas			Tratamiento de patologías psiquiátricas asociadas	
Atención específica de Tabaco				Atención específica de Tabaco*
Atención específica de Alcohol			Atención específica de Alcohol	Atención específica de Alcohol
				Programas de Mantenimiento con Opiáceos y reducción de daños
	Atención a la problemática social			Atención específica a la ludopatía **
		Atención al adolescente y familia		Programa de Intervención familiar con objetivos terapéuticos
		Trabajo de proximidad		
	Apoyo al Proceso de incorporación social	Apoyo al Proceso de incorporación social		Apoyo al Proceso de incorporación social
Coordinación con los demás recursos	Coordinación con los demás recursos	Coordinación con los demás recursos	Coordinación con los demás recursos	Coordinación con los demás recursos

* Se desarrollarán programas específicos para la atención del tabaquismo

**Se desarrollará un programa específico para atención de la ludopatía.

4. SISTEMA DE INFORMACION

4.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Plan Autonómico sobre Drogas del Gobierno de Aragón pretende integrar la información sobre adicciones en los sistemas normalizados de información de vigilancia en salud y llevar a cabo un análisis y evaluación permanente de la situación de las adicciones en nuestra Comunidad, los efectos asociados y las tendencias futuras, a partir de los datos disponibles de las diferentes fuentes autonómicas, nacionales e internacionales para disponer de argumentos suficientes para la toma de decisiones relacionadas con la ejecución del Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas, y para una adecuada planificación y puesta en marcha de otras actuaciones en la materia.

Los indicadores incluidos tienen diferentes grados de especificidad, sensibilidad o comparabilidad, pero en su conjunto facilitan un conocimiento adecuado de la situación de los consumos de drogas y las drogodependencias en Aragón, de su evolución temporal y de la eficacia de las políticas y programas puestos en marcha para hacerlos frente.

La diversidad de las fuentes informantes responsables de su obtención requerirá una estrecha colaboración y coordinación con, Centros informantes y Hospitales colaboradores, Centro de Documentación del PNSD, Observatorio Español y Europeo de las Drogas y las Toxicomanías etc.

La información se recogerá en los registros comunes al Observatorio Nacional sobre drogas y los registros propios elaborados en la Dirección General de Salud Pública

Las **fuentes de Información** básicas serán las siguientes:

- Los indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)
- Otras Fuentes Informantes: Centros de Tratamiento, Observatorio Europeo, Hospitales, Servicios Sociales...
- Encuestas sobre uso de drogas en población escolar
- Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España.

Los indicadores seleccionados para formar parte del **Sistema de Indicadores** del Plan son:

- Sociológicos
- Sanitarios
- Judiciales
- Prevención
- Inserción / Reinserción

Conocer la incidencia, prevalencia y evolución de las conductas adictivas en nuestra sociedad obliga a definir las necesidades de información para la planificación y evaluación de los programas, así como a la sistematización y unificación de criterios respecto a la recogida y análisis de dicha información, y a la integración en los sistemas de vigilancia en salud en la comunidad Autónoma

4.2. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden conseguir con este Plan en lo que respecta al sistema de información son los que a continuación se describen.

Objetivo 1

Elaborar criterios de coordinación y homogeneización en la recogida e intercambio de información y documentación.

Actuaciones:

- 1.- Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar que defina las necesidades de información y elabore los indicadores pertinentes.

Objetivo 2

Incluir en el sistema fuentes de información sobre aspectos culturales y sociales de las adicciones.

Actuaciones:

- 1.- Aplicación de encuestas de salud periódicas que incluyan información sobre hábitos adictivos.
- 2.- Creación de una red de informantes clave a partir de los Centros de Prevención Comunitaria que proporcionen información sensible de carácter cualitativo sobre factores culturales y sociales.

Objetivo 3

Mantener comunicación y coordinación permanente con otros Observatorios y con el Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías.

Actuaciones:

- 1.- Colaboración con los Centros de Documentación que incluyan la materia tratada.

Objetivo 4

Elaborar informes, estudios, propuestas y sugerencias sobre las materias tratadas para su elevación al Gobierno de Aragón, así como aquellos que éste solicite.

Actuaciones:

- 1.- Difusión de la información, a través de la publicación de informes periódicos.
- 2.- Promoción de diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos.

5. FINANCIACIÓN

CONCEPTO	2004	2005	2006	2007	2008
ASISTENCIA					
Recursos propios, concertados y/o convenidos	1.714.641 €	2.119.930 €	2.325.000 €	2.520.000 €	2.520.819 €
PREVENCIÓN					
Convenios con Entidades Locales	407.871 €	448.650 €	493.500 €	530.000 €	550.000 €
Convenios con Organizaciones Iniciativa Social para prevención	271.475 €	298.000 €	330.000 €	360.000 €	400.000 €
Programas y Campañas de Prevención	200.000 €	225.000 €	275.000 €	275.000 €	300.000 €
TOTAL	2.593.987 €	3.091.580 €	3.423.500 €	3.685.000 €	3.770.819 €

6. CRONOGRAMA 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
Centros de Prevención Comunitaria	Continuidad convenios de Colaboración con 11 Entidades Locales	Constitución Centros de Prevención Comunitaria en cada Sector Desarrollo de Cartera de Servicios de Prevención	Consolidación de la Cartera de Servicios de Prevención	Evaluación
Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones	Constitución UASA Referencia Sector Teruel Constitución UASA Referencia Sector Zaragoza I Constitución UASA Referencia Sector Zaragoza II Constitución UASA Referencia Sector Zaragoza III Desarrollo de la Cartera de Servicios de atención sanitaria a las Adicciones homogénea para todo Aragón Criterios de ordenación de recursos asistenciales ambulatorios y hospitalarios para todo Aragón	Constitución UASA Referencia en el Sector de Alcañiz Constitución UASA Referencia en el Sector de Huesca	Constitución UASA Referencia en el Sector de Barbastro Constitución UASA Referencia en el Sector de Calatayud	Evaluación

7. EVALUACIÓN

La evaluación del cumplimiento del plan estará supervisada por la Dirección General de Salud Pública, que informará al Consejo Asesor en Drogodependencias y la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias, sobre el cumplimiento de los objetivos del mismo.

La evaluación del desarrollo y cumplimiento del presente plan comprenderá el análisis de los siguientes aspectos:

Evaluación de la estructura

De la mejora y dotación de los distintos recursos físicos y humanos y, en el ámbito asistencial, el grado de integración de los mismos en la red normalizada del Salud.

Evaluación del proceso: los programas de prevención y del proceso asistencial

En el ámbito de prevención se evaluará fundamentalmente la implantación de los programas y su adecuación a los criterios metodológicos establecidos en el plan. La evaluación de los programas de prevención se desarrollará desde la Dirección General de Salud Pública valorándose fundamentalmente el grado de integración de las actuaciones de prevención en los distintos ámbitos (escolar, comunitario, sanitario, laboral...). Así mismo desde la Dirección General de Salud Pública se evaluará el cumplimiento de los convenios de prevención con las entidades locales así como la puesta en marcha y desarrollo de los Planes Locales de Prevención.

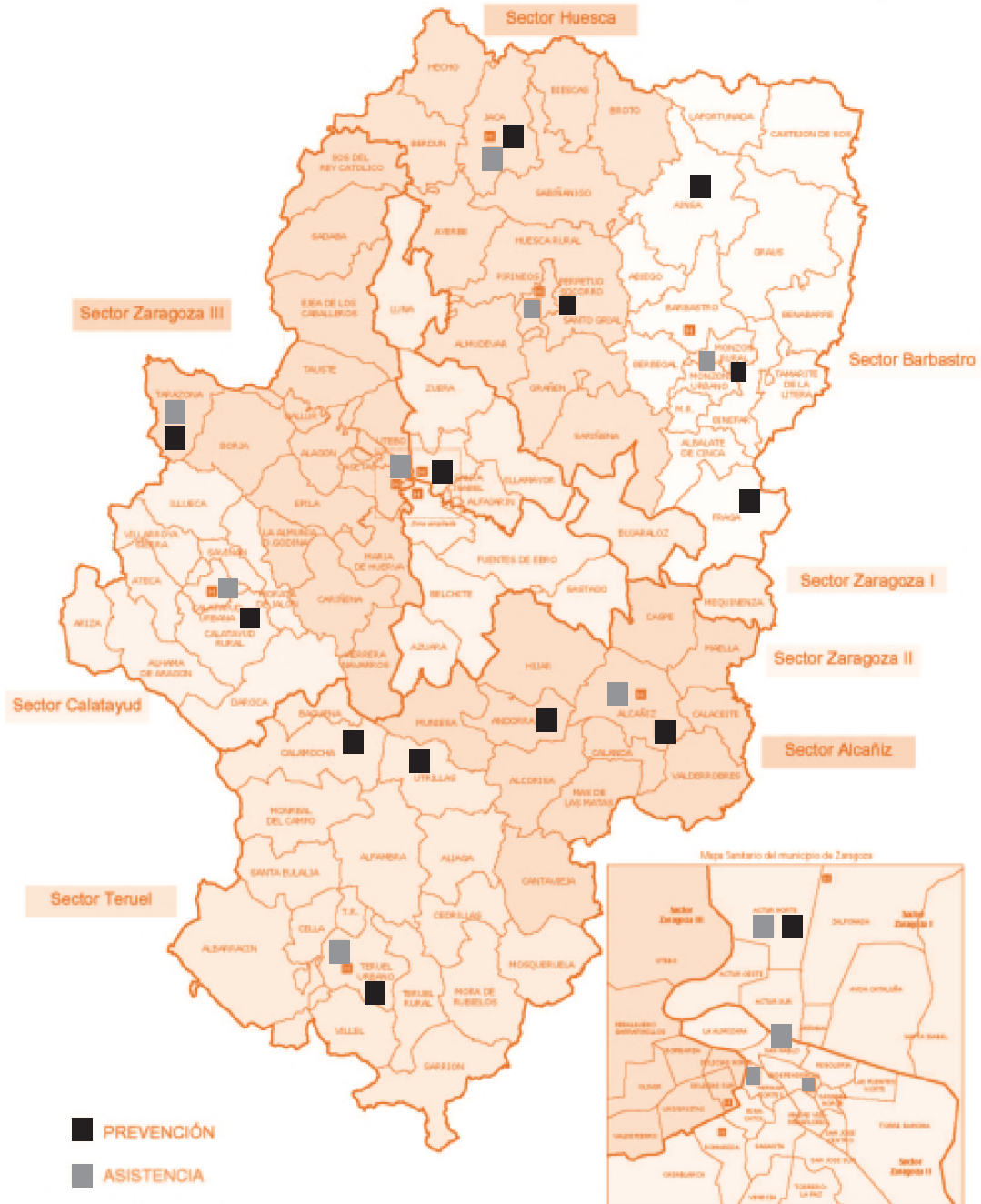
En el área asistencial se evaluará fundamentalmente el desarrollo de las carteras de servicios, el grado de implantación y seguimiento de protocolos y la unificación de criterios terapéuticos. La evaluación del proceso asistencial se integrará en los sistemas de evaluación normalizados del Servicio Aragonés de Salud.

Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados se realizará mediante el análisis del grado de consecución de los objetivos iniciales, valorando la efectividad a través de variables como la calidad de vida, cobertura de necesidades, apoyo social, cambios en el comportamiento y cambios en las actitudes. Esta evaluación se desarrolla a través de métodos cuantitativos (mediante instrumentos de medida estandarizados) y métodos cualitativos (mediante métodos más observacionales y menos estructurados).

Las dificultades para la evaluación de resultados en términos de efectividad, calidad de vida o cobertura de necesidades determinan que ésta evaluación analice inicialmente el grado de cumplimiento de los objetivos fijados en las diferentes áreas y la evolución de los indicadores de salud que presenten los informes.

8. MAPA DE RECURSOS



9. ANEXOS

ANEXO I Marco de referencia

La Ley 3/2001 de 4 de abril de prevención, asistencia y reinserción social en materia de Drogodependencias de Aragón estableció la creación de una Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y un Consejo Asesor que se constituyeron en mayo de 2002 para la coordinación, asesoramiento, participación y consulta en el ámbito de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Aragón. Una de las funciones que la citada ley les atribuye es la definición de los objetivos generales del Plan Autonómico sobre Drogas. Durante las reuniones mantenidas para la constitución de ambos órganos, primero la Comisión y posteriormente el Consejo se establecieron las prioridades del Plan, atendiendo al análisis de situación relacionada con el consumo de drogas en la Comunidad Autónoma, al contenido de la Ley 3/2001 y a las líneas básicas establecidas por la Unión Europea en materia de drogodependencias.

Teniendo en cuenta las estrategias en materia de drogodependencias tanto de la Unión Europea como del Plan Nacional sobre Drogas, así como las Estrategias de Salud 2003-2007 de la Comunidad Autónoma de Aragón que en su apartado 1 recomienda reforzar los aspectos preventivos en Drogodependencias, el primer Plan Autonómico sobre drogas debe tener una orientación fundamentalmente hacia el área de la prevención, sin dejar por ello de lado aspectos relativos a la asistencia y reinserción social.

El marco de referencia lo constituyen el Plan de Salud de Aragón (1999), la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, la Ley 6 /2002 de Salud de Aragón, la Ley 2/2000 de 8 de junio del Juego en la Comunidad Autónoma, las directrices de la Estrategia Nacional sobre Drogas y la Estrategia Europea sobre Drogas.

El Plan de Salud de Aragón definió las líneas generales de actuación en el área de prevención de consumo de tabaco y de otras drogas:

- Líneas de actuación en prevención de consumo de tabaco:
 - Potenciar la coordinación entre instituciones, agentes económicos y entidades de iniciativa social con responsabilidad en el tema
 - Promover el desarrollo y aplicación de medidas reguladoras en el marco de la ley de drogodependencias
 - Facilitar la integración curricular en el modelo educativo aragonés de la prevención del tabaquismo

- Apoyar la colaboración entre instituciones, entidades y colectivos de iniciativa social y medios de comunicación para desarrollar programas comunitarios de ámbito local
 - Fomentar los programas de prevención de tabaquismo en medio laboral
- Líneas de actuación en prevención de consumo de otras drogas
- Elaborar el proyecto de ley de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias
 - Elaborar y aprobar el plan de prevención y control de las drogodependencias y otras adicciones
 - Integrar las actuaciones de prevención de drogodependencias y otras adicciones en el marco de la promoción de la salud
 - Apoyar la integración de la prevención de drogodependencias en el modelo educativo aragonés
 - Desarrollar actividades de información a la población sobre evolución, tendencias y problemas relacionados con el consumo de drogas
 - Mejorar los sistemas de información sobre drogodependencias y otras adicciones

La Ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias establece la naturaleza y características del Plan Autonómico sobre Drogas:

1. El Plan Autonómico sobre Drogas es el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias y otras adicciones, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón.
2. El Plan será vinculante para todas las Administraciones públicas e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en materia de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Este Plan se fundamentará en la prevención, que se configura como el eje fundamental para articular su estrategia, y tomará como marco de referencia el denominado Plan Nacional sobre Drogas.

Del mismo modo, deberá tenerse en cuenta la distribución de competencias que establece la ley entre el Gobierno de Aragón y las corporaciones locales:

- **Competencias del Gobierno de Aragón**
- a) La planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley.
 - b) La coordinación y ordenación de las funciones, actuaciones y servicios que en materia de drogodependencias tengan que desarrollar las distintas Administraciones e instituciones públicas o privadas de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- c) El establecimiento de un sistema centralizado de información sobre drogodependencias y otras adicciones que permita el seguimiento y evaluación continua del consumo de drogas y de los problemas asociados, garantizando el derecho a la confidencialidad de los datos que se registren.
- d) La aprobación de la normativa sobre autorización, acreditación, registro e inspección de centros, programas o servicios que desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de consumo de drogas o problemas asociados a él.
- e) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley.
- f) La promoción de programas interdisciplinares de formación dirigidos al personal sanitario, de servicios sociales y educativo, así como a cualquier otro cuya actividad profesional se relacione directa o indirectamente con las drogodependencias.
Para ello, además de sus propios recursos, contarán con el apoyo de otras Administraciones públicas y de las iniciativas sociales o asociaciones que articulen proyectos de formación.
- g) La adopción, en colaboración con otras Administraciones públicas, de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de esta Ley.
- h) El asesoramiento a las corporaciones locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las drogodependencias.

–Competencias de las corporaciones locales

- a) La dirección de aquellos programas propios relacionados con las drogodependencias que se desarrollen en su ámbito territorial y la coordinación con otros programas.
- b) La elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogodependencias, elaborado de conformidad con los criterios establecidos por la presente Ley y por el Plan autonómico sobre drogas.
- c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actuaciones previstas en el plan municipal o comarcal sobre drogodependencias.
- d) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley.
- e) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

La Ley 6 / 2002 de Salud de Aragón en su capítulo II define las funciones del Sistema de Salud de Aragón, entre las que se encuentran la protección frente a los factores que amenazan la salud individual y colectiva, la adopción sistemática de acciones de promoción de salud y educación para

la salud y garantía de cobertura universal y acceso a las prestaciones de atención a la salud en condiciones de equidad.

La Ley 2/2000 del Juego en la Comunidad Autónoma de Aragón regula el ejercicio por el Gobierno y la Administración aragonesa de las competencias sobre el juego asumidas en el Estatuto de Autonomía. Debido a la posible incidencia en conductas patológicas dedica atención específica a la prevención de la ludopatía a través de una disposición adicional en la que hace mención especial a los aspectos sociales del juego, protección de menores y evitación de hábitos y conductas patológicas. Establece mandatos al Gobierno para que promueva la necesaria información y actividades que desincentiven la ludopatía. Se plantea la constitución de un órgano colegiado con funciones consultivas, deliberantes y de asesoramiento como es la Comisión del Juego de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 propone una serie acciones que pretenden trasponer los objetivos europeos, actualizando a este periodo las acciones del Plan Nacional sobre Drogas. Establece diez grandes objetivos; entre ellos, promover el debate político constructivo, promover la sensibilización y participación de la sociedad y priorizar la prevención como mejor forma de enfrentar el problema. Propone una prevención basada en la educación para un pensamiento crítico y maduro, que aborde tanto el consumo y abuso como los problemas asociados y que incorpore plenamente a las drogas legales, alcohol y tabaco, como objeto prioritario de intervención. También se plantean como objetivos de esta estrategia la normalización de la atención a las personas con problemas de drogas en las redes de Salud y Servicios Sociales, adecuando la atención a las nuevas necesidades de asistencia e igualmente apuesta por el impulso de programas que favorezcan la normalización e integración social de las personas con problemas de drogas. Por otro lado establece objetivos dirigidos a la reducción de la oferta mediante la lucha contra el tráfico, la adaptación legislativa y normativa que lo favorezca y la cooperación internacional en este sentido. Finalmente se da prioridad a la formación y la investigación. La Estrategia Nacional desarrolla estas grandes metas a través de objetivos específicos y acciones más detalladas que aparecen temporalizadas respecto de su cumplimiento.

Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. En el ámbito relativo a las políticas de control del tabaquismo, en España se está llevando a cabo en los últimos años un importante intento de coordinación. La aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 implica la necesidad de llevar a cabo acciones coordinadas entre las distintas administraciones de los ámbitos central, autonómico y local y las organizaciones sociales que están trabajando en esa materia. En nuestra Comunidad Autónoma la Ley 3/2001 considera el tabaco como una droga y

modifica en parte los aspectos relativos al tabaco de la normativa de ámbito nacional. El Gobierno de Aragón desarrollará un documento que recoja todas las acciones que en la Comunidad Autónoma se desarrollen en el marco del citado plan.

Estrategia sobre drogas de la UE (2005-2012)

En diciembre de 2004, el Consejo Europeo aprobó la **Estrategia sobre drogas de la UE (2005-2012)** que establece el marco, los objetivos y las prioridades para dos planes de acción consecutivos de cuatro años que presentará la Comisión. Esta Estrategia forma parte del programa plurianual de La Haya para el refuerzo de la libertad, la seguridad y la justicia en la Unión Europea.

La Estrategia tiene varios objetivos importantes:

- Lograr un alto nivel de protección sanitaria, bienestar y cohesión social complementando la acción de los Estados miembros en materia de prevención y reducción del consumo de drogas, de la dependencia y del perjuicio ocasionado por las drogas a la salud y a la sociedad.
- Garantizar un alto nivel de seguridad para el público en general tomando medidas contra la producción de drogas, el tráfico transfronterizo de drogas y el desvío de precursores, e intensificando la acción preventiva contra la delincuencia relacionada con la droga a través de la cooperación efectiva en el marco de un enfoque conjunto.
- Reforzar los mecanismos de coordinación de la UE para garantizar que las medidas adoptadas a escala nacional, regional e internacional sean complementarias y contribuyan a la eficacia de las políticas sobre droga en la UE y en sus relaciones con otros socios internacionales.

La estrategia se centra en las dos dimensiones principales de la política de drogas: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. También cubre diversos aspectos transversales: la cooperación internacional, la investigación, la información y la evaluación.

Plan de Acción de la UE de materia de lucha contra la Droga (2005-2008)

En estrecha relación con la Estrategia 2005-2012, el Plan de Acción propuesto por la Comisión tiene como objetivo último reducir considerablemente el consumo de drogas entre la población y reducir el perjuicio social y el daño para la salud causado por el uso y el tráfico de

drogas ilícitas. Aspira a proporcionar un marco para un enfoque equilibrado de la reducción de la oferta y de la demanda a través de varias acciones específicas.

Estas acciones deberán cumplir los siguientes criterios:

- Las acciones a nivel de la Unión Europea deben ofrecer un valor añadido claro, sus resultados deben ser realistas y mensurables.
- Las acciones deben ser rentables y contribuir directamente a la realización de al menos un objetivo o prioridad establecidos en la estrategia.
- El número de acciones en cada ámbito deberá ser realista.

El plan de acción consta de cinco grandes líneas: coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, cooperación internacional e información, investigación y evaluación. Cada una de estas líneas trata de dar respuesta a distintos objetivos de la estrategia 2005-2012 mediante objetivos específicos, para los que propone determinadas acciones, calendario de ejecución, responsable de su implementación y herramienta o indicador que servirá para su evaluación.

Normativa nacional e internacional.

Constitución española

En el capítulo III del título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarcan algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de las adicciones.

Ley orgánica 14/1986, de 25 de abril general de sanidad

Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del código penal.

Ley orgánica 15/2003 de 1 de octubre de 2004 por la que se reforma el Código Penal.

Ley 17/2003 de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.

Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Real decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas (desarrollo del art.25 de la l.o. 1/1992 sobre seguridad ciudadana).

Real decreto 1911/1999 de 17 de diciembre por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas par el periodo 2000-2008.

Real decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el reglamento penitenciario.

Real decreto legislativo 339/1990 de 2 de marzo por el que se regula el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación a motor y seguridad vial.

Convención única de 1961 sobre estupefacientes.

Otros documentos relevantes

Carta europea sobre el alcohol

La carta europea sobre alcohol fue adoptada en la conferencia europea sobre “salud, sociedad y alcohol”, convocada por la oficina regional para Europa de la organización mundial de la salud (O.M.S.)

y organizada por el ministerio de trabajo y asuntos sociales de Francia.

Estrategias para una Europa libre de tabaco

En noviembre de 1988 se celebró en Madrid la primera conferencia europea sobre políticas antitabáquicas. En esta conferencia se estableció la “carta de derechos para una vida libre de tabaco” y “diez estrategias de acción para una Europa libre de tabaco”.

Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI

Adoptada en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, 21-25 de julio de 1997. La declaración ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo venidero.

Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012 adoptada por el Consejo Europeo el 17 de diciembre de 2004 y que se incluirá en el Programa de La Haya.

Plan de Acción de la UE de materia de lucha contra la Droga (2005-2008)

II Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (2003-2005)

Normativa autonómica

Estatuto de Autonomía de Aragón (Ley Orgánica 5/1996 de 30 de diciembre). En su título II art. 35 pto. 1 establece las competencias que corresponden en exclusiva a la comunidad autónoma de Aragón, entre las que se encuentra la sanidad e higiene.

Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Ley 2/2000, de 28 de junio, del juego de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ley 4/1987, de ordenación de la acción social

Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón.

Ley 4/1996 de creación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales que establece las funciones del mismo.

Ley 9/92, de 7 de octubre, del voluntariado social.

Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de inserción y normalización social.

Decreto Legislativo 2/2004 de 30 de diciembre del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

Decreto 45/2000, de 29 de febrero sobre Reglamento del Servicio Aragonés de Salud.

Decreto 59/1997, de 29 de abril sobre el Reglamento de funcionamiento de los equipos de atención primaria.

Decreto 151/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón por el que se modifica el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Decreto 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores.

Decreto 343/2001, de 18 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias.

Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la acción social.

Decreto 57/94, de 23 de marzo, del ingreso aragonés de inserción.

Decreto 111/1992 de 26 de mayo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

Orden de 7 de abril de 1995 del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales por la que se regulan las discotecas juveniles.

Orden de 7 de abril de 1987 del Departamento de Sanidad, Bienestar social y Trabajo por la que se aprueban las normas de funcionamiento interno de la comunidad terapéutica El Frago (modificación orden 12 de noviembre de 1988)

Orden de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la comisión de acreditación, evaluación y control de centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.

Orden de 20 de julio de 2001, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se establece la adecuación de los edificios administrativos del gobierno de Aragón a las prescripciones de la ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

ANEXO III. Análisis de situación de las conductas adictivas en España y Aragón

CONDUCTAS ADICTIVAS

1. España

Los datos disponibles del Observatorio Español sobre Drogas, de las Encuestas Nacionales de Salud y los datos de otras entidades públicas y privadas permiten dar una imagen de la situación del fenómeno en nuestro país.

En España durante los años noventa el fenómeno de las adicciones experimentó una serie de cambios que han perfilado un escenario diferente y más complejo que el existente en los ochenta.

No obstante, alcohol y tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas. Así lo refleja la Encuesta Nacional de Salud 2003 (ENS) cuyos indicadores relativos al consumo de alcohol y tabaco indican que en España el 31 por ciento de la población de 16 y más años es fumadora y el 56,8 ha consumido alcohol en los doce meses anteriores a la encuesta.

El 39 por ciento de los hombres y el 23,4 de las mujeres fuma. Del total de personas que fuman, el 89,5 por ciento lo hace diariamente. En las edades jóvenes apenas hay diferencias por género. De cada 100 hombres de 16 a 24 años, 38,9 fuman y 34,1 en el caso de las mujeres. Los porcentajes más altos de fumadores en hombres y mujeres se presentan a diferentes edades: 35 a 44 años para los hombres y 16 a 24 años para las mujeres.

Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en los doce meses previos a la Encuesta, el 30,3 por ciento lo hacía diariamente, el 21,7 sólo un día a la semana y el 26,2 por ciento bebía solo en ocasiones.

El consumo de heroína se ha estabilizado e incluso podría hablarse de descenso. Los datos del SEIT (Sistema Español de Información de Toxicomanías) indican que la heroína continúa siendo la responsable de la mayoría de los problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales detectados en España, aunque en los últimos años ha disminuido su peso relativo. Esto no significa que no se sufran durante años las graves consecuencias derivadas de su consumo. De hecho, la antigüedad en el consumo de muchos drogodependientes y la presencia del SIDA y otras enfermedades asociadas generan un gran número de problemas individuales y familiares tanto en la esfera sanitaria como en la social.

Pero, frente a esta realidad, desde los inicios de los 90 aparece un nuevo fenómeno emergente definido por el uso de nuevas drogas y la adopción de nuevos patrones de consumo. Entre las primeras han adquirido relevancia social las denominadas drogas de síntesis que han tenido una gran expansión en un corto espacio de tiempo. En los últimos años una proporción importante de los problemas detectados por los indicadores es achacable a la cocaína, por ejemplo, entre 1991 y 2001 los tratamientos por crack se han multiplicado por 12, y la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas con mención de éxtasis ha aumentado considerablemente, pasando de 1,6% en 1996 a 5,2% en 2001. Pero lo más peculiar de estas sustancias es la forma en que son consumidas por determinados sectores juveniles. Son consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la casi única motivación de divertirse. En el caso del alcohol existe con frecuencia una búsqueda intencionada de la embriaguez, con cambios en los horarios de salida de los jóvenes, y consumos en la vía pública, características que amplifican el fenómeno.

Sin embargo, el número de consumidores problemáticos o excesivos de alcohol sigue situándose en edades adultas con el consiguiente daño tanto individual como familiar, sin olvidar los derivados de los accidentes laborales o de tráfico.

Un aspecto que conviene resaltar es que estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucede con frecuencia en el modelo anterior. Nos enfrentamos a nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes relativamente normalizados en otras esferas de su vida.

El consumo problemático de drogas sigue afectando principalmente a varones. La proporción de mujeres implicadas no supera el 30% en ninguno de los indicadores analizados. En la última década ha aumentado la proporción de mujeres con problemas de drogas captada por los indicadores urgencias y mortalidad por reacción aguda a drogas, mientras que se ha mantenido prácticamente constante la proporción captada por el indicador tratamiento.

En la tabla 1 y los gráficos 1 a 4 se presenta la evolución de las prevalencias de consumo en la población española a partir de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas para tener un marco de referencia para facilitar el análisis de los datos que posteriormente ofreceremos sobre Aragón. Lamentablemente no disponemos de datos de series históricas de prevalencias de consumos para Aragón. La población de referencia es la de los residentes en España con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años, ambos inclusive.

Como puede apreciarse en dicha Tabla, alcohol, tabaco y cannabis son las sustancias más consumidas entre la población española. El alcohol es la sustancia con mayores prevalencias, excepto para el consumo diario, donde el tabaco ocupa el primer lugar. Destacan también los datos de prevalencia de consumo de cocaína, superiores a los del éxtasis.

Están disminuyendo rápidamente las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la extensión del hábito de fumar tabaco y en la edad de inicio de consumo. De hecho, entre los jóvenes de 15-29 años no hay apenas diferencias por sexo en la proporción de fumadores diarios, y entre la población de 15-18 años la edad de inicio fue similar (14,3 años en hombres y 14,2 años en mujeres).

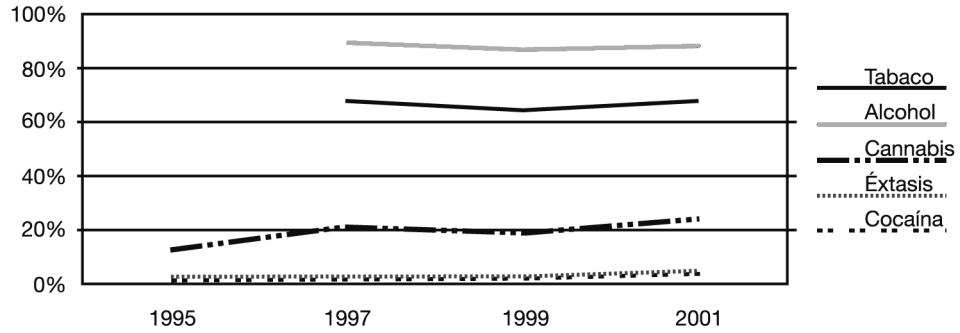
Tabla 1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre la población española de 15-64 años (%), 1995-2001. Encuesta domiciliaria del consumo de drogas 2001.

	Consumo: alguna vez en la vida				Consumo: alguna vez en los últimos 12 meses				Consumo: alguna vez en los últimos 30 días				Consumo: diario en los últimos 30 días			
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
Tabaco	*	68,3	65,1	68,2	*	44,9	43,7	45,5		40,6	39,8	41,5	34,8	32,9	32,6	35,1
Alcohol	*	89,9	87,1	88,8	68,2	77,8	74,6	77,4	53,0	60,7	61,7	63,7	14,6	12,9	13,7	15,3
Cannabis	13,5	21,7	19,5	24,4	6,8	7,5	6,8	9,9	3,1	4,0	4,2	6,5	0,7	0,9	1,1	1,6
Éxtasis	1,9	2,5	2,4	4,2	1,2	1,0	0,8	1,8	0,3	0,2	0,2	0,7				
Cocaína	3,2	3,2	3,1	4,9	1,8	1,5	1,5	2,6	0,4	0,5	0,6	1,4				
Alucinóg.	*	2,6	1,9	2,9	*	0,9	0,6	0,7	*	0,2	0,2	0,2				
Anfetamina/Speed	*	2,5	2,2	3,0	*	0,9	0,7	1,2	*	0,3	0,2	0,6				
Inhalables	*	0,7	0,6	0,8	*	0,2	0,1	0,1	*	0,1	0,1	0,1				
Heroína	1,0	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,0				
Base/Crack		0,4	0,3	0,4	*	0,1	0,2	0,1	*	<0,1	0,1	0,0				
Tranquiliz.					*	2,0	2,0	2,5								
Somníferos					*	1,2	1,3	1,6								

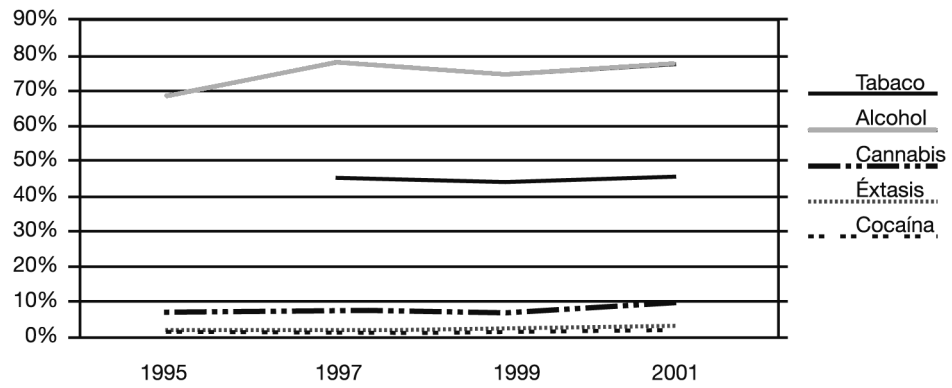
* Datos no disponibles para la Encuesta Domiciliaria de 1995

Gráficos 1-4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre la población española de 15-64 años en el periodo 1995-2001. Encuesta Domiciliaria del Consumo de Drogas 2001.

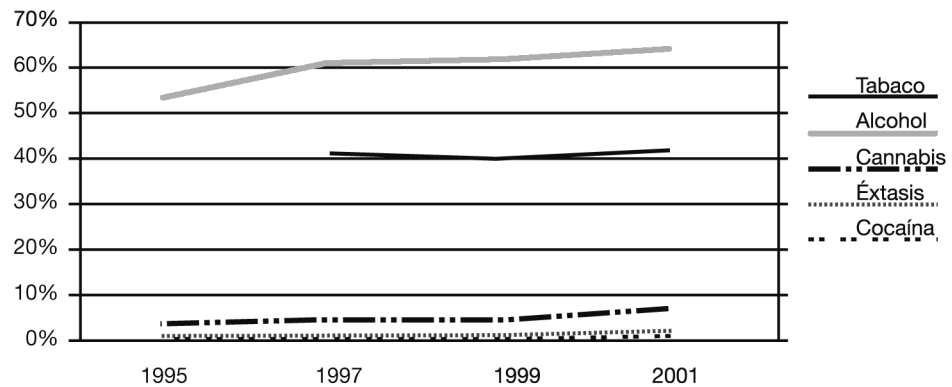
Consumo alguna vez



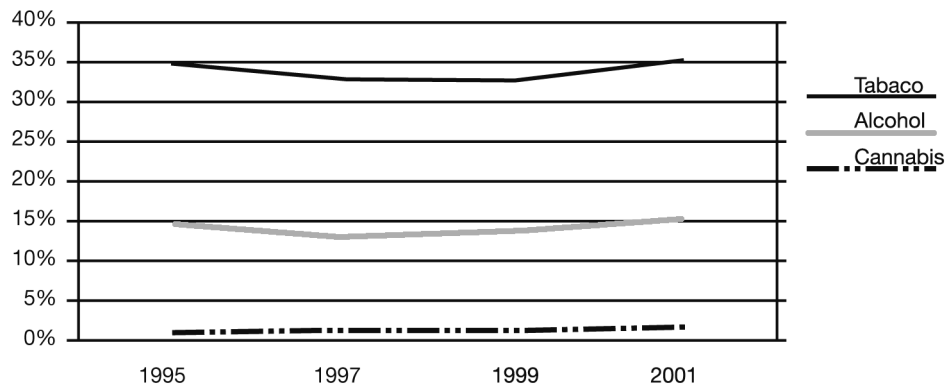
Consumo últimos 12 meses



Consumo últimos 30 días



Consumo diario



2. Aragón.

a) Encuesta domiciliaria de consumo de drogas en Aragón 2001.

Consumo de tabaco

Los aspectos principales en relación con el consumo de tabaco son los siguientes:

Aumenta el consumo con respecto a años anteriores, debido sobre todo al incremento de consumo en los más jóvenes.

La proporción de aragoneses de 15-64 años que había fumado en los 30 días previos a la entrevista fue de 41.6% frente a la media nacional del 41,5%. Las proporciones de consumidores en los últimos 12 meses y alguna vez en la vida son superiores.

Consumo de bebidas alcohólicas.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, el porcentaje de consumidores diarios de alcohol es ligeramente inferior a la media nacional, siendo ligeramente superiores los datos en el resto de tipos de consumo. (Tabla 2).

Los hombres consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres. En el último mes ha consumido alcohol el 76.9% de los hombres (76,1% en España), frente al 55.6% de las mujeres (51,4%). El 23.3% de los hombres (23,8%) consume diariamente alcohol, frente al 5.4% (6,8%) de las mujeres.

La edad media de inicio en el consumo entre 1997 y 2001 se ha mantenido prácticamente estable, y para el 2001 es de 16.4 años (16,9 años en España).

Entre los jóvenes (15-29 años) el consumo de bebidas alcohólicas se centra muy fuertemente durante el fin de semana (viernes, sábado o domingo), estando mucho menos extendido durante los días laborables.

Entre la población de 15-64 años, la bebida alcohólica más consumida durante el fin de semana es la cerveza/sidra, seguida de los combinados o "cubatas", mientras que durante los días laborables son los licores fuertes los más consumidos.

Durante los últimos 12 meses, el 19,9% de la población de Aragón (18,4% en España) de 15-64 años, y el 39.8 de la población de 15-29 años se ha emborrachado alguna vez (29,2% en España).

Consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Aragón, al igual que en España. Un 31,6% de los aragoneses (24,4% en España) entre 15 y 64 años la ha probado alguna vez; un 12.7% (9,9% en España) lo hizo en el último año; un 7.1% (6,5% en España) en el último mes y un 1.1% (1.6% en España) reconoce haberlo consumido "a diario" durante los últimos doce meses.

Este 31,6% de los que la han probado alguna vez, se eleva hasta más del 50% si nos referimos al tramo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, y se mantiene por encima del 35% hasta el tramo de edad 40 – 64 años, en el que desciende hasta el 14%.

En España, el aumento de los consumidores se debe sobre todo a la población joven (15-34 años), mayormente a los varones. En Aragón el consumo en el último mes entre los jóvenes de 15-24 años es elevado 22.6% (14,2%).

Consumo de éxtasis

El 5.2% de la población aragonesa de 15 y 65 años afirma haber probado el éxtasis alguna vez en la vida (4,2% en la población nacional). Este porcentaje, que en el ámbito nacional se duplica entre los de 15 y los 24 años (8%), también se duplica en Aragón 12.7% y casi se triplica para el tramo de edad comprendido entre los 20 y 29 años 14.2%.

En Aragón, un 2.7% de la población general tomó estas sustancias durante el último año (1,8% en España), siendo esta prevalencia más elevada entre los jóvenes de 15-24 años 8.3% (4,6% en España).

Un 0.8% de la población de Aragón ha consumido estas drogas en el último mes (0.7% en España), consumo que se eleva al 8.6% entre los jóvenes de 15 a 24 años. En este tramo de edad, un 6% de los jóvenes manifiesta haberlo tomado durante más de seis meses, y un 1.2% de los jóvenes con una edad comprendida entre los 20 y los 24 años manifiesta consumir éxtasis 3 ó 4 veces a la semana.

La edad media de inicio en el consumo de éxtasis es en Aragón de 20,04 años (20,00 en España)

Entre los hombres es más frecuente haber probado alguna vez estas drogas 6,2% (7.6% en Aragón) que entre las mujeres 2,2% (2.6% en Aragón). Esta experiencia la han llevado a cabo alguna vez el 11,7% de los chicos de 15 a 24 años, y el 4,2% de las chicas de esa misma edad.

Consumo de cocaína

En el conjunto de la población española, excepto entre la población más joven, el consumo de cocaína es superior al consumo de éxtasis. En Aragón, excepto para el consumo en el último mes, los datos sobre consumo de éxtasis son superiores a los de cocaína.

En Aragón, un 4.8% de la población la ha probado (4,9 % en España), un 2,6% la ha consumido en el último año (2,6% en España) y un 1,4 % (1,4 % en España) en el último mes. Estas prevalencias son superiores a las de los años anteriores debido principalmente al comportamiento de los jóvenes, sobre todo de los hombres.

Consumo de anfetaminas

En Aragón el consumo de anfetaminas alguna vez en la vida es del 3.9% (3% en España), en el último año de 1.9% (1,2% en España) y para el último mes del 0.9% (0,6% España). Se ha producido un aumento respecto a los años anteriores. Este consumo se mantiene en niveles algo inferiores al éxtasis.

Consumo de alucinógenos

Al igual que sucede con los estimulantes, la prevalencia de consumo es bastante más elevada entre los hombres que entre las mujeres. En Aragón el 3,4% de la población los ha consumido alguna vez. El porcentaje desciende hasta el 0,8% si nos referimos a los últimos 12 meses, y al 0,4% si hablamos de los últimos 30 días.

La edad media de inicio al consumo se sitúa en 18,73 años

Consumo de heroína

En Aragón, el consumo de heroína para todos los indicadores temporales es del 0.6%.

La edad media de inicio en el consumo crece pasando de 19 años en 1999 a 20,7 en 2001.

Consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta

La ingesta de tranquilizantes sin receta en el último año alcanza el 2.2% en Aragón, mientras que los somníferos sin receta fueron consumidos en el último año por un 1.7%.

A escala nacional la comparación de estos datos con los de estudios anteriores muestra una muy ligera tendencia de incremento en el consumo de éstas sustancias. No hay diferencias significativas entre el consumo de tranquilizantes y somníferos entre hombres y mujeres.

Para el conjunto de la población, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias, sin receta médica, esta estabilizada, siendo de 28,1 (23.9 en Aragón) para los tranquilizantes y de 29,6 (26.5 en Aragón) para los somníferos.

b) Encuesta sobre drogas a la población escolar.

El objetivo general de la Encuesta es conocer de forma periódica la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes (14 a 18 años) de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio en el ámbito de la CCAA de Aragón, con el fin de orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados.

Los objetivos concretos del proyecto son los siguientes:

- a) Estimar la prevalencia de consumo de las distintas sustancias.
- b) Estimar los patrones de consumo y las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas: oferta y accesibilidad (especialmente disponibilidad percibida) y consumo (especialmente riesgo percibido ante diversas conductas de consumo).
- d) Identificar factores de riesgo asociados al consumo de las distintas sustancias (factores socioeconómicos, estilos de vida, etc.).
- e) Conocer el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

A continuación se resumen los resultados obtenidos en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar para la Comunidad Autónoma de Aragón en 2.002:

- Los lugares predominantes de consumo son espacios públicos, primordialmente los pubs y discotecas, a los que también hay que añadir la calle o parques y bares o cafeterías, como lugares relevantes.
- En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad entre los 14 y los 18 años en todas las sustancias (Gráfico 5).
- Respecto al consumo de las sustancias analizadas, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años.

El 85,5% de ellos han consumido alcohol alguna vez, el 84,9% los últimos 12 meses y el 72,1% los últimos 30 días.

Los indicadores indirectos de consumo excesivo de alcohol presentan cifras elevadas. Un 54,7% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta haberse emborrachado alguna vez y un 31,2% en los últimos treinta días. Además un 13,2% de la población encuestada piensa que bebe mucho o bastante.

- El tabaco es la segunda sustancia más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años: un 34,5% son fumadores actuales.

El consumo de tabaco se puede considerar moderado, ya que el consumo medio es de 7,9 cigarrillos/día (un 42,9% fuma de 1 a 5 cigarrillos/día, un 37% de 6 a 10 y un 20,2% más de 10).

La edad de inicio de consumo de tabaco se muestra como la menor de todas las sustancias analizadas (12,9 años), seguida por el alcohol (13,4 años)

- Excepción hecha del alcohol y del tabaco y tomando como referencia el consumo en los últimos doce meses, el cannabis es la droga más extendida: un 44,5% declara haber consumido los 12 meses previos a la encuesta.
- A continuación, el speed y la cocaína, con una proporción de consumidores en los últimos doce meses del 12,8% y 8,8% respectivamente, son las sustancias más consumidas. Las siguientes sustancias por orden de prevalencia son el éxtasis (6,5%), alucinógenos (4,9%), tranquilizantes (4,5%) y las sustancias volátiles (3,6%). La heroína obtiene una prevalencia de consumo del 0,6% dentro de los últimos doce meses.
- Según el sexo, se establecen diferencias de consumo (Tabla 3):

En general, la proporción de consumidores es significativamente menor en las chicas que en los chicos para la mayoría de sustancias, aunque consumen con mayor frecuencia tabaco y tranquilizantes.

Los chicos consumen una cantidad de alcohol levemente superior a las chicas para los indicadores alguna vez y últimos 12 meses, mientras que en los últimos 30 días son las chicas las que han consumido más alcohol.

También cabe destacar el consumo de tranquilizantes entre las mujeres, con una prevalencia de 8,3% para el consumo alguna vez, 6,4% para los últimos doce meses y 4,1 los últimos 30 días, claramente superior a los hombres en los tres casos. En el consumo de heroína se obtienen porcentajes similares para los dos sexos en el consumo alguna vez y los últimos 12 meses.

- Respecto al indicador de continuidad en el consumo destacan los altos valores de cannabis y cocaína, en torno al 90% (el 89,6% y el 88,7% de los que han consumido alguna vez estas dos sustancias, respectivamente, habrían consumido en los últimos doce meses). Se ha excluido la heroína de este análisis debido al bajo consumo de esta sustancia y a la baja representatividad de este indicador para esta sustancia.

Las conductas que se asocian a menores problemas son el consumo del alcohol y el consumo de tranquilizantes y cannabis. En el lado opuesto, el consumo de heroína, cocaína, éxtasis y drogas de síntesis son las tres conductas percibidas como más problemáticas (Gráfico 6).

Respecto a variables de posible influencia en el consumo:

- **El riesgo percibido** va asociado en mayor medida a la frecuencia de consumo que al tipo de sustancia. Así, el riesgo percibido por el consumo habitual de la mayoría de las sustancias (incluido el tabaco) es mayor que el percibido por el consumo esporádico de sustancias como la cocaína, la heroína o el éxtasis.

- **La percepción de accesibilidad:** El alcohol, con gran diferencia respecto al resto, los tranquilizantes, el cannabis y las sustancias volátiles, son las drogas que se perciben como más accesibles.
- **La información:** Un 87,8% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta estar suficientemente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Las vías principales por las que se recibe información son los medios de comunicación (67,7%), los padres y hermanos (61,3%), los amigos (50,2%) y los profesores (48,7%). No obstante, las vías más utilizadas no son las consideradas más idóneas para recibir una información mejor y más objetiva. Según las respuestas obtenidas, éstas últimas serían el poder recibir información de personas que han tenido contacto con las drogas, que es considerada idónea por el 47,1% y las charlas o cursos sobre el tema, opción elegida por el 41,8%.
- **La cantidad de dinero de la que los estudiantes** disponen por término medio cada semana para satisfacer sus gastos personales se sitúa en torno a los 17,7 euros, con una desviación típica de 19,9 euros. Esta cantidad de dinero aumenta entre tramos de edad consecutivos desde los 14 a los 17 años a razón de unos 3 o 4 euros/semana, aproximadamente, experimentando un brusco incremento de 11 euros al comparar el grupo de 17 años con el de 18 años. De esta forma, se pasa de los 11,2 euros de los que disponen semanalmente el grupo de estudiantes más jóvenes a los 32,7 euros entre los mayores. Son los chicos los que disponen de mayor cantidad de dinero a la semana (20 euros, frente a los 15,6 de las chicas), aunque con una dispersión también mucho mayor (26,6 entre ellos y 10,7 entre ellas). Respecto al tipo de estudios cursados, son los estudiantes de Ciclos Formativos los que disponen de más dinero semanal (34,2 euros frente a los 18,2 euros de los estudiantes de Bachillerato o los 13,7 euros de los estudiantes de ESO)
- **El tiempo de ocio:** Para analizar la ocupación del tiempo libre de los estudiantes, se incluyeron en el cuestionario varias preguntas relativas a las actividades realizadas, tanto en días laborables como en fin de semana. Por regla general, las actividades más declaradas como realizadas en días laborables se refieren a actividades desarrolladas fundamentalmente de forma individual, tales como escuchar música (86,2%), ver la televisión (84,8%), leer libros y revistas (65,7%) o practicar algún deporte (56%). Mientras que la mayoría de las actividades se mantienen estables respecto a la edad, leer libros y revistas predomina entre las chicas y los estudiantes de Bachillerato y practicar algún deporte predomina entre los chicos y los estudiantes de ESO, los días laborables.

Las actividades sociales, realizadas en menor medida durante los días laborables, son las realizadas de forma más habitual durante los fines de semana. Así, estar con los amigos y amigas es declarado por el 93% de los estudiantes de entre 14 y 18 años, ir a bares o discotecas por un 85%, e ir a fiestas por un 68,5%. Tan sólo una actividad que podría clasificarse como 'individual', escuchar música, alcanza índices de respuesta elevados para los fines de semana (75,6%) Las demás actividades, tales como ver la televisión, leer libros y revistas o practicar algún deporte, bajan considerablemente sus índices con respecto a los valores alcanzados para los días laborables. La

evolución de cada actividad con respecto a la edad en fines de semana sigue patrones similares a la evolución para los días laborables, si bien ir a bares, discotecas o fiestas aumentan el porcentaje según se incrementa la edad. Sin embargo, al analizar las actividades con respecto al sexo de los encuestados, no se observan diferencias significativas, exceptuando ir al cine o al teatro e ir a conciertos, donde las chicas lo citan más habitualmente (68% frente a 59,4% de los chicos), mientras que ver algún espectáculo deportivo o practicar deporte es más habitual entre los chicos (60,6% frente a un 35,5%)

Un 89,8% de los encuestados declaran estar satisfechos con la ocupación del propio tiempo libre. No se observan diferencias significativas en un análisis por edad, sexo, tipo de estudios o titularidad del centro.

El 39,7% de los encuestados declararon salir por las noches todos los fines de semana en los 12 meses previos a la encuesta y un 2% casi todos los días. La frecuencia de salidas por las noches todos los fines de semana aumenta claramente con la edad, desde el 21,7% de los 14 años al 54,4% de los de 18 años. También el tipo de estudios induce diferencias en las respuestas relativas a las salidas por las noches: los estudiantes de Ciclos Formativos declaran salir todos los fines de semana o casi todos los días en un 54%, mientras que los estudiantes Bachillerato lo hacen en un 47,2% y los de ESO en un 31,4%.

La variable edad también establece diferencias en la hora de regreso a casa la última salida en fin de semana, como cabría esperar: cada grupo de edad declara haber vuelto a casa después de las 4 de la madrugada o la mañana siguiente en mayor medida que el grupo de edad anterior, superándose los valores medios a partir de los 17 años. Asimismo, la vuelta a casa antes de la 1 de la madrugada es tanto más común cuanto más jóvenes son los estudiantes (Tabla 4).

Los lugares a los que suelen ir los jóvenes de entre 14 y 18 años en sus salidas nocturnas son, mayoritariamente, bares o pubs (73,8%) y discotecas (42,6%). Un 18,1% suele ir a casa de algún amigo/a, un 12,7% al cine o al teatro y un 8,3% pasear por la calle. Tan sólo un 6,1% declara no salir nunca. En cuanto a la edad de los encuestados, los bares y pubs, como lugares más frecuentados, se hacen también más habituales entre los estudiantes de mayor edad, mientras que por el contrario, pasear por la calle es más frecuente cuanto más jóvenes son los encuestados. En relación con el tipo de estudios, las discotecas y los bares o pubs son más frecuentadas por los estudiantes de Ciclos formativos y Bachillerato, que son precisamente los que en menor medida acuden al cine o al teatro, más común entre los estudiantes de ESO, junto con ir a pasear por la calle.

El 54,4% de los estudiantes de entre 14 y 18 años declaran pertenecer a algún club o asociación. Los tipos de asociaciones más citadas son las asociaciones deportivas, con un 39,2% de los casos y seguida muy de lejos por las recreativas, de ocio y tiempo libre, con un 11,1%, las asociaciones culturales (7%) y religiosas (6,6%). Los demás tipos de clubs o asociaciones tienen

índices por debajo del 2%. Respecto al sexo, las asociaciones deportivas o recreativas y de ocio, son mencionadas en mayor porcentaje por los chicos, mientras que las religiosas o culturales obtienen valores más altos en las chicas. Los estudiantes de centros privados citan asociaciones más frecuentemente, especialmente deportivas y recreativas, de ocio y tiempo libre (45,2% y 13,1%, respectivamente, frente al 35,8% y el 10% de los centros Públicos)

Refiriéndonos a una pregunta abierta, donde pedimos a los estudiantes que escriban las drogas de las que han oído hablar, antes de que las mencionemos en el resto del cuestionario, cabe destacar que apenas se haya hecho mención al tabaco (sólo un 30,2% lo especifica como droga) y todavía menos en el alcohol, con un insignificante 1,7%. Los tranquilizantes tampoco han sido mencionados en esta pregunta como un tipo de droga. Las drogas más conocidas por los estudiantes en el momento de realizar la encuesta son, por este orden, el hachís, cocaína y éxtasis, todas ellas con un nivel de conocimiento por encima del 80% (97,4% para el hachís, 85,6% para la cocaína y 80,9% para el éxtasis). El 68,7% de los encuestados declararon conocer el speed, el 64,6% la heroína y el 39,9% declaran conocer los alucinógenos. Otras drogas de síntesis obtienen un 30,3% mientras que las sustancias volátiles se muestran como la droga menos conocida, con tan sólo un 7,1% de mención. No se advierten diferencias significativas en el conocimiento de las diferentes sustancias por edad, sexo o titularidad del centro.

En un reciente estudio promovido por la Institución del Justicia de Aragón sobre las percepciones, valoraciones y actitudes de los jóvenes aragoneses (14-19 años) respecto a las drogas se indica que la información mayoritaria sobre el objeto del estudio es insuficiente y poco realista. Se aprecia una tendencia a manifestar una actitud más positiva hacia el consumo de sustancias conforme aumenta la edad, con un incremento importante entre los 14 y los 15 años, que podría estar ligado a una mayor disponibilidad o acceso a las drogas.

Tabla 2. Porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas entre la población española (P.E.) y aragonesa, según tipo de bebida y día de la semana. 2001. Encuesta domiciliaria del consumo de drogas 2001.

	DÍAS LABORALES (De lunes a jueves)		FINES DE SEMANA (Viernes, sábados y domingos)	
	P.E.	ARAGÓN	P.E.	ARAGÓN
Vino/Champán	11.5	14.5	17.5	20.2
Cerveza/Sidra	8.5	5.3	22.0	20.8
Aperitivos/Vermut	0.2	0.3	1.8	1.7
Combinados	0.4	0.2	11.9	9.1
Licores de frutas	0.1	0.1	1.0	2.1
Licores fuertes	0.7	1.5	2.5	3.2

Gráfico 5. Evolución del consumo alguna vez con la edad. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002.

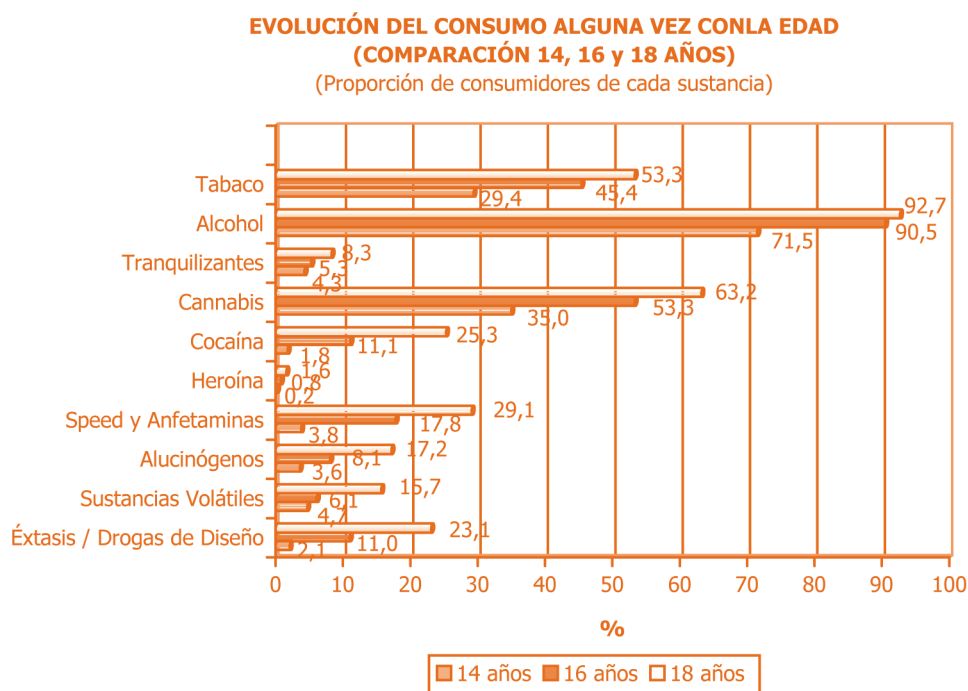


Tabla 3. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias según sexo. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002.

	ALGUNA VEZ		ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS	
	H	M	H	M	H	M
Tabaco	39.3	45.3			34.8	39.0
Alcohol	85.7	85.4	85.0	84.9	70.8	73.2
Tranquilizantes	3.2	8.3	2.2	6.4	1.2	4.1
Cannabis	55.4	44.6	50.2	39.5	36.6	25.9
Cocaína	12.0	8.2	10.5	7.4	6.9	4.1
Heroína	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.3
Speed/ Anfetaminas	17.9	13.2	15.2	10.7	10.3	4.9
Éxtasis	10.7	9.2	7.5	5.6	4.7	2.5
Alucinógenos	8.7	5.5	6.3	3.6	3.0	1.8
Sustancias volátiles	9.5	5.1	4.7	2.6	1.7	1.2

Gráfico 6. Problemas percibidos, sensación de rechazo y disponibilidad de las diferentes sustancias. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002.

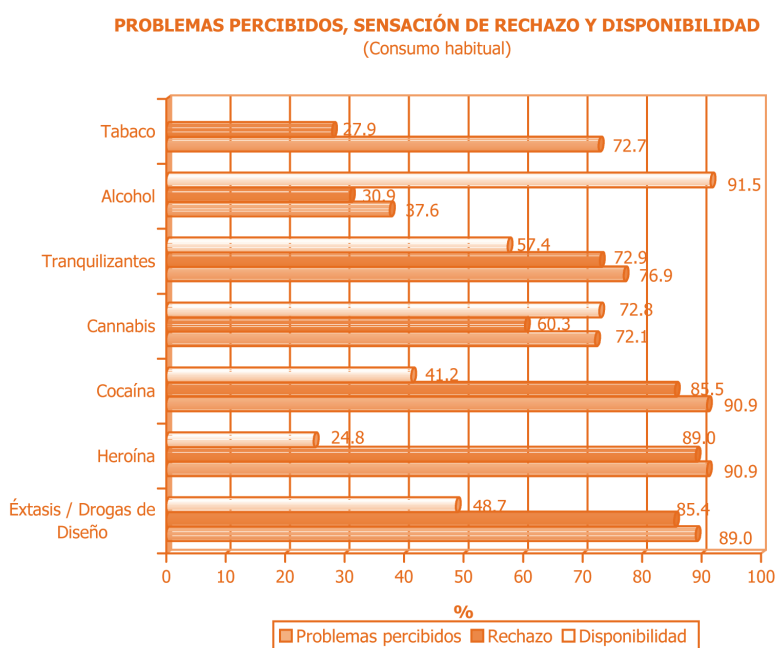


Tabla 4. Hora de regreso a casa la última salida en fin de semana por edad. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2002.

HORA DE REGRESO	EDAD					TOTAL
	14	15	16	17	18	
Antes de las 12	40.4	28.7	21.2	6.4	3.8	21.2
Entre las 12 y la 1	16.0	13.1	16.0	6.1	3.4	11.9
Entre la 1 y las 2	13.3	13.3	11.5	11.9	7.2	11.9
Entre las 2 y las 3	9.9	14.4	13.9	17.0	14.0	14.0
Entre las 3 y las 4	6.0	10.6	13.8	19.1	17.9	13.3
Después de las 4	7.3	13.3	17.9	24.9	32.0	17.9
La mañana siguiente	7.2	6.6	5.7	14.6	21.7	9.7

c) Datos sobre ludopatía

Según varios estudios realizados en España sobre el juego patológico, las tasas de prevalencia en la población adulta oscilan entre el 1 y el 2 % (Tabla 5). España ocupa, junto con Alemania, el primer puesto en gasto en juego per cápita de los países de la Comunidad Económica Europea y de los primeros del mundo (Becoña 1996)

Los datos sobre juego referentes a Aragón revelan que en el año 2002, en nuestra Comunidad Autónoma se gastaron 837.963.319 euros en juegos de azar lo que supone 698, 30 euros por habitante (en España en 2001 el gasto fue de 650, 93 euros por habitante) La distribución del gasto en juego corresponde: un 69% a juego privado, un 26% a juegos público, y un 5% a la ONCE (en España en 2001: 62% privados, 29% públicos y 9% ONCE)

Por otra parte, el estudio *Los juegos de azar: juego social y ludopatía* realizado en 1999 por la Universidad de Zaragoza con el apoyo del Gobierno de Aragón, aporta datos sobre ludopatía en nuestra Comunidad Autónoma. Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo es comprobar la emergencia de juego patológico y analizar el perfil de la persona ludópata sobre una muestra representativa de las tres capitales de Provincia (Huesca, Teruel y Zaragoza)

Según este estudio, en la muestra estudiada, el 90.8% son jugadores sociales, el 6.6% son posibles jugadores problemáticos y un 2,6 % de personas con la característica de “probable jugador patológico”, siendo el grupo de mayor riesgo el de varones, con edades de 20 a 24 años y de 55 a 59 sin que el nivel de estudios parezca tener influencia aunque sí el proceso de socialización vivido.

La ludopatía se aprecia asociada al consumo de alcohol y de otras drogas y se relaciona con baja autoestima, incapacidad de comunicación y carencia de habilidades sociales.

En cuanto al sexo, tanto en la categoría de jugador problemático como en la de jugador patológico, los varones superan con creces a las mujeres (39 puntos porcentuales y 53 puntos porcentuales respectivamente).

Tabla 5 Resultados de algunos estudios (%)

ESTUDIO	Jugador patológico	Jugador problema	Muestra	Cuestionario
Cayuela (1990)		2,5 (+)	Cataluña	SOGS
Becoña (1991)	1,73	1,60	Galicia	
Legarda y Abreu (1992)	1,67	5,18	Sevilla	SOGS
Becoña (1993)	2,04	1,36	Galicia	SOGS
FAJER (Irurita) (1996)	1,8	4,4	Andalucía	
López (1999)	2,6	6,6	Aragón	SOGS

ANEXO IV. Actividad de los recursos asistenciales

Coincidiendo con lo que ocurre en el resto del Estado, en nuestra Comunidad Autónoma, el alcohol es la droga por la que se realiza la mayor demanda de tratamientos tanto de los Centros públicos como de otras entidades y ha supuesto el 50% de los tratamientos en todo Aragón. Por otro lado y a pesar de que el consumo de heroína se ha estabilizado, todavía el 25% de los pacientes que han realizado algún tratamiento, eran consumidores de heroína que han optado por un tratamiento con un agonista opiáceo como es la metadona. Dentro del epígrafe otras drogas se contabilizan los tratamientos realizados por consumo de cocaína, benzodiacepinas, tabaco, drogas de síntesis y heroína (sin tratamiento con metadona) englobando el 25% restante. (Tabla 6)

Las peculiares características de la distribución de la población aragonesa en la que, según los datos del Censo de Población de 2001, el 71,4% de la población reside en la provincia de Zaragoza, explica junto con la existencia del mayor número de Centros en esta provincia, el hecho de que más de un 80% de los pacientes que realizaron tratamiento por cualquier tipo de sustancia lo hicieran en la provincia de Zaragoza. (Tabla 7).

El resto de los tratamientos se distribuyen de forma proporcional al número de habitantes en las provincias de Huesca y Teruel que atendieron a un 9,5% y a un 6,9% del total de los pacientes en tratamiento respectivamente. La proporción de pacientes atendidos según la sustancia es la misma en las tres provincias, ya que los tratamientos realizados por alcohol en todas ellas superan ampliamente los realizados por otras sustancias.

La provincia de Zaragoza cuenta con nueve Centros en los que se dispensa metadona, y es la que mayor número de pacientes atiende en estos programas con un 83,6% del total de todo Aragón. La presencia de los módulos terapéuticos en los Centros penitenciarios de Zaragoza y Daroca así como la existencia de un Centro totalmente privado que atiende a un 12,4% de los pacientes en tratamiento con esta sustancia, contribuyen a que aumente el volumen de pacientes atendidos en la provincia. Hay que señalar que Huesca sólo cuenta con un programa de estas características, mientras que Teruel dispone de tres Centros en Teruel capital, Andorra y Alcañiz. (Tabla 8 y Tabla 9)

El incremento del número de pacientes atendidos en los programas de mantenimiento con metadona desde su puesta en marcha en 1994, ha ido acompañada de la creación de nuevos Centros en los que poder atender la creciente demanda experimentada ampliando el número de pacientes y haciendo más accesible el tratamiento en todo el territorio. (Gráfico 7).

La Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos “El Frago” única de titularidad pública en Aragón, dispone de 28 plazas, ha introducido cambios en su proceso terapéutico incluyendo pacientes en tratamiento con metadona. En el año 2002 atendió a 47 usuarios (63.8% consumidores de heroína, 19,1% cocaína y 17,1% alcohol), a lo largo del año 11 residentes (23,4%) estaban en tratamiento con metadona.

El convenio existente con los Colegios Oficiales de Farmacia de Aragón para la dispensación de metadona en las Oficinas de Farmacia, ha contribuido a normalizar la situación de muchos pacientes que una vez estabilizados en su tratamiento pueden recoger la metadona como un fármaco más, mejorando su calidad de vida (Tabla 10).

Un resumen general de la actividad asistencial sobre adicciones en Aragón puede apreciarse en la (Tabla 11). Destacamos los siguientes aspectos: la edad media de los casos admitidos a tratamiento es de 30 años y en su mayoría son hombres (el 76 %)

El 70 % tiene un nivel de estudios que oscila entre la educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria, y con respecto a la situación laboral, el 43 % está trabajando.

La droga principal de admisión a tratamiento es la heroína, puesto que en el SEIT no se recogen los inicios de tratamiento por alcohol. Cabe destacar que entre los casos admitidos a tratamiento en los que se había realizado un tratamiento anterior, la heroína es la droga principal en el 88% de los casos. Sin embargo en los casos en los que no se había realizado un tratamiento previo la heroína aparece como droga principal en un porcentaje muy similar al de la cocaína, 28,8 y 24,9 respectivamente.

En cuanto a la vía principal de consumo, sigue prevaleciendo la vía inyectada. En los casos en los que ha existido tratamiento previo, el 50 % utiliza esta vía, frente al 15% de los casos en los que no se ha realizado un tratamiento anterior, en estos casos utilizan la vía fumada el 26.2% y la esnifada el 25.9% correspondiéndose con las vías más utilizadas en el consumo de cocaína.

Tabla 6. Tratamientos según la droga principal y la titularidad del centro 2002.

	Alcohol	Heroína en Tratamiento con metadona	Heroína y otras drogas	Total
Centros públicos	1.769	706	706	3.261
Otras entidades	1.293	807	690	2.790
Total	3.062	1.513	1.476	6.051

Tabla 7. Tratamientos según la droga principal y provincia 2002.

	Alcohol	Heroína en Tratamiento con metadona	Heroína y otras drogas	Total
Zaragoza	2.661	1.265	1.128	5.054
Huesca	200	132	246	578
Teruel	201	116	102	419
Total	3.062	1.513	1.476	6.051

Tabla 8. Tratamientos realizados en los programas de mantenimiento con metadona Aragón 2002.

Centros de titularidad pública	N.º Tratamientos	Temporalmente
Unidad asistencial drogodependencias Zaragoza	489	166
C.M.D. Tarazona	24	1
Hospital Ntra. Sra. de Gracia	4	0
UPD Huesca	132	39
C.M.D. Andorra	10	0
C.M.D. Alcañiz	47	0
Centros de titularidad privada concertada		
Ejea s.c.l.	32	0
Centro solidaridad Zaragoza	249	11
Cruz roja Teruel	59	0
Cruz roja Zaragoza	279	2
Centro de titularidad privada		
Izca s.l.	188	0
Total	1.513	219

Centros penitenciarios	Pacientes	Derivados temporalmente
Centro penitenciario Zaragoza	489	166
Centro penitenciario Daroca	24	1
Centro penitenciario Teruel	4	0
Total	1.513	219

Tabla 9. Tratamientos realizados en PMM por provincias año 2002

Zaragoza	2.287
Huesca	171
Teruel	190
Total	2.648

Gráfico 7. Evolución de tratamientos realizados en Aragón en los programas de mantenimiento con metadona en el periodo 1994 / 2002.

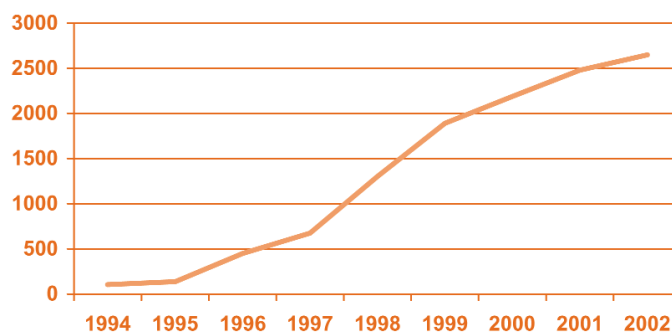


Tabla 10. Pacientes incluidos en el programa de dispensación de metadona en las oficinas de farmacia por provincias año 2002

	Total pacientes	Total farmacias
Zaragoza	163	112
Huesca	24	13
Teruel	7	9
Total	194	134

Tabla 11 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CASOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SEGÚN REALIZACIÓN O NO DE TRATAMIENTO PREVIO (NÚMEROS ABSOLUTOS, PORCENTAJES Y MEDIAS), C.A. ARAGÓN 2001.

	Total	Tto. Previo *	
		Si	No
N° ADMISIONES A TTO. NOTIFICADAS	801	475	313
EDAD MEDIA (años)	30,16	32,23	27,03
SEXO (%)			
Hombres	76,3%	78,5%	73,5%
Mujeres	23,8%	21,5%	26,5%
MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS			
Sin estudios	9,9%	10,5%	8,4%
Primaria-5° E.G.B.	40,6%	42,4%	38,3%
E.G.B.-B.elemental-E.S.O.	31,1%	29,2%	33,9%
F.P.-B.U.P.-otros	16,2%	16,3%	16,1%
Estudios medios y superiores	2,2%	1,5%	3,4%
SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL			
Trabajando	43,4%	40,9%	47,8%
Parado no habiendo trabajado	6,9%	5,8%	8,1%
Parado habiendo trabajado	30,8%	40,0%	16,5%
Otros	18,9%	13,3%	27,6%
DROGA PRINCIPAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO			
Heroína	65,0%	88,8%	28,8%
Otros Opiáceos*	5,0%	1,5%	10,5%
Cocaína	13,6%	6,1%	24,9%
Anfetaminas	2,6%	1,3%	4,8%
MDMA y Derivados	3,7%	,2%	8,9%
Hipnóticos y sedantes	1,7%	1,1%	2,9%
Cannabis	7,5%	1,1%	17,3%
S. Volátiles	,7%	,0%	1,9%
EDAD AL INICIO DEL CONSUMO (años)	20,61	20,10	21,46
VÍA PRINCIPAL DE CONSUMO (%)			
Oral	15,6%	10,8%	23,0%
Fumada	19,1%	14,1%	26,2%
Inhalada	13,2%	15,9%	9,3%
Esnifada	15,8%	8,5%	25,9%
Inyectada	35,8%	50,2%	15,0%
Otras	,5%	,4%	,6%
OTRAS DROGAS CONSUMIDAS 30 DÍAS ANTERIORES ** (%)			
Heroína	3,9%	1,6%	7,4%
Otros Opiáceos	5,6%	6,5%	4,7%
Cocaína	47,5%	57,1%	33,5%
Anfetaminas	9,4%	1,6%	20,9%
MDMA y Derivados	6,2%	1,6%	13,0%
Hipnóticos y sedantes	21,2%	29,4%	8,8%
Cannabis	43,0%	44,2%	40,0%
Alucinógenos	1,5%	,0%	3,7%
S. Volátiles	,8%	,0%	1,9%
Alcohol	37,3%	27,1%	52,6%
Otras Sustancias	,8%	,0%	1,9%
TIEMPO DESDE ÚLTIMA INYECCIÓN			
Menos 30 Días	35,6%	45,3%	21,5%
1 mes-1 año	6,5%	9,4%	2,3%
1-4 años	12,8%	16,2%	8,3%
5 años o más	3,3%	4,6%	1,7%
Nunca	41,7%	24,5%	66,3%

* Fuente PND SEIT 2001

ANEXO V. Actividad de los recursos de prevención

Los programas y actividades de prevención se agrupan en tres bloques:

- a) Programas y actividades de prevención realizados en centros específicos de atención a drogodependencias y otras adicciones.
- b) Programas / actuaciones de prevención desarrolladas en el ámbito de la educación secundaria.
- c) Proyectos de la red aragonesa de proyectos de promoción de salud (RAPPS).

a) Programas y actividades de prevención desarrollados en centros específicos de atención a drogodependencias y otras adicciones

Los programas y actividades de prevención que se llevan a cabo en los centros específicos se desarrollan en distintos ámbitos:

- *Población general*: Actividades de información y sensibilización (sesiones y campañas informativas, tertulias en radios locales, cine forum...) y programas de intervención comunitaria.
- *Ámbito escolar*: Sesiones informativas, talleres de habilidades sociales y apoyo a la integración curricular de materiales y programas específicos (Tú decides, La aventura de la vida, Ordago, Cine y Salud).
- *Entorno familiar*: Escuelas de padres y madres y programas de atención a familias en situación de riesgo.
- *Ámbito juvenil*: Sesiones informativas, talleres, programas de ocio alternativo, formación de mediadores monitores de tiempo libre, educadores información y sensibilización a través de publicaciones dirigidas a población joven (Cipaj, La Carpeta, Heraldo Escolar, El estudiante del Periódico).
- *Medio laboral*: Sesiones y campañas informativas, actividades de formación en prevención a delegados e integración del tema en programas de salud laboral.

b) Actuaciones de prevención desarrolladas en el ámbito de la educación secundaria

En un 53% de los centros de secundaria de la Comunidad Autónoma se han llevado a cabo actuaciones educativas para la prevención del consumo de drogas en los dos últimos cursos¹.

¹ Datos de la Encuesta sobre Intervenciones de Educación en prevención de drogas, educación sexual y prevención de trastornos de la conducta alimentaria llevada a cabo desde la Comisión Mixta Educación Salud en el curso 2001-02

Dichas actuaciones se han realizado en su mayoría (94%) en el espacio de las tutorías, organizadas desde el departamento de orientación si bien en un elevado porcentaje (82%) han contado con la participación de colaboradores externos al centro. Las entidades colaboradoras más frecuentes son los Servicios Municipales de prevención de drogodependencias y las ONGs y asociaciones de prevención de drogodependencias. Respecto al tipo de acción realizada por la entidad colaboradora en un 75%. Se trata de acciones directas con el alumnado, en un 58% son acciones de apoyo y asesoría al profesorado y en un 42% son acciones educativas directas con las familias (Gráfico 8).

En torno al 80% de los centros de educación secundaria disponen de materiales para trabajar el tema de prevención del consumo de drogas (una media de 3,6 materiales por centro). La procedencia de los materiales es fundamentalmente de instituciones públicas (Gobierno de Aragón, Ministerio de Educación, Ayuntamiento de Zaragoza,...) seguido de materiales elaborados por organizaciones no gubernamentales y editoriales del ámbito educativo.

A lo largo del curso escolar 2004/2005 se puso en marcha en los Centros de Educación Secundaria desde la Comunidad Autónoma de Aragón, un Programa de Prevención de Drogodependencias en el marco de la Promoción de la Salud "Ordago".

En Zaragoza capital, se viene desarrollando desde el Ayuntamiento de Zaragoza los programas "Charrando para decidir" y "Tú decides" en Educación Secundaria y el programa "D-Cine" en la Unidades de Intervención Específica y en los Programas de Garantía Social.

c) Proyectos de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS)

Son proyectos locales con implicación intersectorial desarrollados por equipos multidisciplinares en distintos ámbitos que se integran en el marco de la promoción de la salud con un componente básico de capacitación y empoderamiento de las personas y los colectivos que fomente la gestión responsable del problema del consumo de drogas y otras adicciones. Los equipos de trabajo integrados en la RAPPS reciben apoyo (económico y asesoramiento técnico) y formación específica En el año 2002 se realizaron los siguientes.

- **Salud en la Pirámide** Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Pirámide de Huesca. *El objetivo general es favorecer en el alumnado de secundaria el desarrollo integral en los planos intelectual, motor, de equilibrio personal y afectivo, de relación interpersonal y de actuación social.*

- **O’Cambalache** (Huesca) Asociación Proyecto Cruz Blanca. *Proyecto de información, formación y apoyo a la población de riesgo de infección por VIH y prostitución, sensibilización a la población general y formación de voluntariado.*
- **Cada día más cerca** (Comarca Alto Gallego) Centro Ibón de Drogodependencias. *El objetivo es la prevención de las drogodependencias mediante la incorporación activa de la comunidad. Va dirigido a la población en general y especialmente a la comunidad escolar.*
- **Programa de prevención de drogodependencias para jóvenes** (Monzón) Instituto de Educación Secundaria José Mor de Fuentes, Módulo de Drogodependencias de Monzón y Colegio Santo Domingo Savio. *Dirigido a adolescentes y jóvenes de Monzón su objetivo general es conseguir prevenir el consumo de drogas desde la familia y la escuela.*
- **Prevención del consumo de alcohol y tabaco en alumnos de 6º de primaria.** (Comarca de La Hoya de Huesca) Unidad Provincial de Drogodependencias, Centro de Profesores y Recursos y Unidad de Programas Educativos de Huesca. *El objetivo es, a través de los tutores de los centros educativos, desarrollar en niñas y niños habilidades para inhibir o retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco.*
- **Proyecto de promoción de la salud con jóvenes “Por tu salud”** (Andorra) Asamblea Local de Cruz Roja en Andorra, Comarca de Andorra - “Sierra de Arcos”, ABAT “Nueva Vida” e Instituto de Enseñanza Secundaria de Andorra. *Desarrollo en alumnado de secundaria hábitos de salud orientados a una mejor calidad de vida. Metodología participativa y dinámica en torno a grupos de trabajo y talleres que sirvan de puesta en práctica de los contenidos teóricos de las sesiones.*
- **Pásatelo Sano: Prevención de Drogodependencias y Promoción de la Salud Mental en el Bajo Aragón** (Comarcas Bajo Aragón y Matarraña. Centro Municipal de Prevención de Drogodependencias de Alcañiz. *Prevención de drogodependencias y promoción de la salud, en la línea de capacitar a individuos y comunidad para tomar decisiones sobre las conductas que influyen en su salud. El proyecto se centra en los Departamentos de Orientación.*
- **Prevención de drogodependencias en Educación Secundaria** (Utrillas y comarca) Centro de Prevención de Drogodependencias de Utrillas. I.E.S. “Fernando Lázaro Carreter”. *Proporcionar al alumnado los recursos y habilidades necesarias para afrontar adecuadamente situaciones relacionadas con el consumo de drogas mediante información, desarrollo de habilidades sociales, análisis de publicidad, ocio alternativo, y programa Cine y Salud.*
- **Proyecto de Educación para la salud de la zona de Zuera.** Servicio Social de Base y Centro de Salud de Zuera. *Implicación de escolares, familias, docentes y profesionales socio-sanitarios para fomentar la adopción de actitudes, hábitos y comportamientos destinados a mejorar*

el nivel de salud. Actividades en aula, talleres, encuentros y actividades de sensibilización.

- **Prevención de drogodependencias en la comarca de Tarazona y el Moncayo.** Centro de Servicios Sociales de la Comarca de Tarazona y el Moncayo. *Interacción de estrategias en ámbitos escolar, familiar y comunitario. Las actividades son de desarrollo de habilidades sociales y toma de decisiones.*
- **Escuelas-Taller sobre drogodependencias y VIH** (Ejea, Caspe, Villamayor y Zaragoza capital) Unión General de Trabajadores Aragón. *Capacitar a los jóvenes para tomar sus propias decisiones con la información, grupos de trabajo a través de la resolución de casos prácticos, vídeo forum, fichas y manuales propios para escuelas taller.*
- **Programa de atención al medio escolar: Intervención socioeducativa con padres y adolescentes.** Centro de solidaridad – Proyecto Hombre de Zaragoza. *Actividades formativas e informativas dirigidas a madres y padres y profesorado, asesoramiento a centros escolares e intervención directa con adolescentes y jóvenes.*
- **Un barrio mejor, un barrio de color.** Colegio Público Santo Domingo de Zaragoza. *El proyecto forma parte del Plan de Atención a la Diversidad con implicación de profesorado, personal no docente, familias a través de la escuela de madres y padres y el barrio con el área de “respeto y conservación del entorno”.*
- **Te saludamos, salud.** IES “Pablo Serrano” de Zaragoza. *Actuación coordinada de todos los departamentos del centro, elaboración de materiales propios e integración de actuaciones en el currículum de educación secundaria obligatoria. Temas : prevención de consumo de alcohol y tabaco, educación afectivo-sexual, nutrición y, prevención de SIDA.*
- **“Termas”** Proyecto de Promoción y Educación para la salud IES “Santiago Hernández” de Zaragoza. *Mediante equipos de trabajo, la salud se integra a través del Plan de Acción Tutorial y desde los contenidos de la Familia Profesional de Imagen Personal con el fin de desarrollar en el alumnado capacidades personales orientadas a la autonomía y la toma de decisiones libres.*
- **Proyecto de Educación para la salud** I.E.S. Miguel Servet de Zaragoza. *En la línea “Escuelas promotoras de Salud”, se integra la educación para la salud en el Plan de Centro y en el Plan de Acción Tutorial, con información a familias y coordinación con Centro de Salud y Centro Municipal de Promoción de Salud*

Gráfico 9 Integración de las acciones educativas de prevención de consumo de drogas en los centros de secundaria Aragón

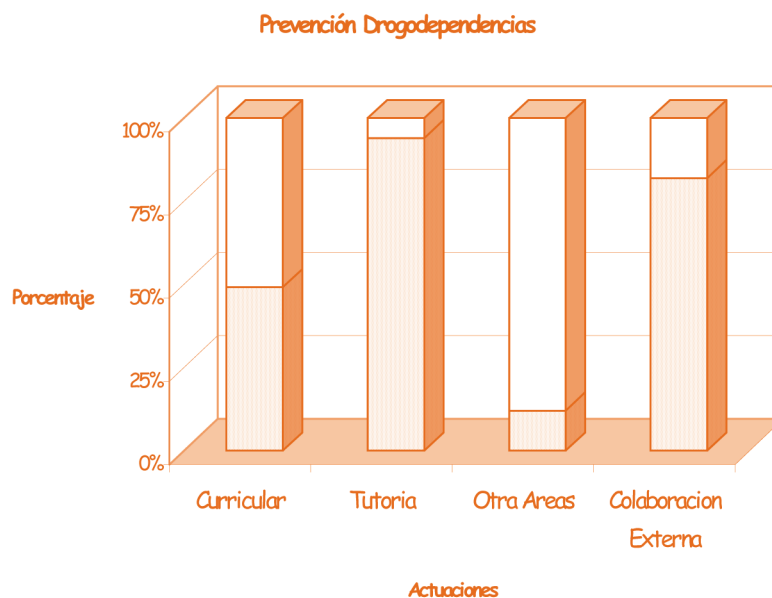


Tabla 12. Programas de prevención según ámbitos de intervención Centros Públicos.

	Población general	Medio escolar	Entorno familiar	Ámbito juvenil
CAD. Ayuntamiento Zaragoza	•	•	•	•
UP Ayuntamiento Huesca	•	•	•	•
CMD Monzón	•	•	•	•
CMD Ainsa	•	•		
CMD Jaca	•	•	•	•
CMD Calatayud	•	•		
CMD Tarazona	•	•	•	•
CMD Sierra de Arcos (Andorra)	•	•	•	•
CMD Calamocha	•	•		
CMD Alcañiz	•	•	•	•
CMD Utrillas	•	•	•	•

Fuente: Memoria de la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias

Tabla 13. Programas de prevención según ámbitos de intervención. Centros privados conveniados

	Población general	Ámbito escolar	Entorno familiar	Ámbito juvenil	Medio Laboral
Consejo de la Juventud de Aragón				•	
FAPAR			•		
FABZ	•				
Cruz Roja Teruel	•	•			
Cruz Roja Huesca		•		•	
Cruz Roja Zaragoza				•	
UGT				•	•
CCOO					•
USO					•
Cáritas Aragón	•	•			
Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre)		•	•	•	
Asociación Ibon (Sabiñánigo)	•	•			
ABAT / ABATTAR (Teruel)	•	•		•	
Asociación Naxe (Jaca)	•		•		
ASAREX	•				
Cooperativa Ejea S.C.L.	•				
Centro Pignatelli			•		
Asociación Familiar Aragonesa			•		
APTA	•				
AZAJER	•				

Fuente: Memoria de la Dirección General de Salud Mental y Drogodependencias

Tabla 14. Entidades colaboradoras en la educación para la prevención del consumo de drogas en centros de secundaria de Aragón

Servicios municipales de prevención de drogodependencias	35%
ONG y Asociaciones de prevención de drogodependencias	34%
Servicios Sanitarios	12%
Otros	8%
No consta	12%

a) Modelo teórico de prevención de las conductas adictivas

Las actuaciones bajo el término de *prevención* que en materia de drogodependencias y otras adicciones se han desarrollado en la Comunidad Autónoma de Aragón y en el conjunto de España han sido múltiples y muy variadas. Bajo ese concepto se han englobado iniciativas que van desde la sensibilización social respecto al fenómeno del consumo y abuso de diferentes sustancias psicoactivas, la información puntual en forma de campañas institucionales o la promoción de actividades de ocio alternativas a determinados modelos presentes en la población joven, hasta procesos educativos integrados en el curriculum escolar. Tal variedad de actuaciones se ha llevado a cabo, además, con objetivos diferentes y en ocasiones contrapuestos, partiendo de enfoques muy diversos: prioridad de uno u otro factor de la triada persona-sustancia-entorno, atención exclusiva hacia las drogas ilegales olvidando las legales, criterios abstencionistas en el uso de las sustancias frente a criterios de moderación en el uso, criterios de reducción de daños asociados al consumo frente a posiciones más prohibicionistas.

Desde esta perspectiva, la evaluación del impacto que todas estas acciones han tenido en la población hacia la que han ido dirigidas resulta compleja y es difícil saber en qué medida las modificaciones en los perfiles de consumo que se han producido en los últimos años responden a efectos de estas iniciativas, a la propia evolución de nuestras sociedades o a la presión de la oferta de nuevos tipos de sustancias y nuevas adicciones

De una forma general, se habla de prevenir cuando se quiere evitar un daño antes de que aparezca. En este marco, la prevención en el complejo contexto de las adicciones, está encaminada no sólo a evitar el consumo sino también a fomentar el uso responsable. En cualquier caso, para definir las intervenciones preventivas con los enfoques más adecuados a cada circunstancia no debemos olvidar las diferentes facetas que conforman el propio fenómeno de las adicciones. En el consumo problemático de drogas y otras adicciones existe siempre una interacción de tres elementos, la *sustancia (o actividad)* objeto de consumo, las *características personales* de quien la consume y el *entorno* y circunstancias en que se produce dicho consumo. Esta comprensión del fenómeno en su triple vertiente bio-psico-social facilita una mejor visión del problema, lejos de enfoques y soluciones simplistas. En este sentido, más que hablar de causas que puedan conducir a los consumos problemáticos de drogas y otras adicciones, es preciso identificar los diferentes *factores de riesgo y de protección* que interactúan en el desarrollo de una situación de dependencia.

Los factores de riesgo pueden tener *características individuales* como son los de tipo psicológico (falta de seguridad, inmadurez, infravaloración de uno mismo...), el fracaso escolar, las actitudes y creencias favorables a las drogas, el inicio temprano en su consumo, ... o pueden ser *sociales o del entorno*, tales como la disponibilidad y accesibilidad a las diferentes sustancias o actividades adictivas, la existencia de normas sociales favorables o permisivas con el consumo o las situaciones de desestructuración social (desarraigo, escasez de vínculos sociales, pobreza y marginalidad). Evidentemente, la suma de estos factores de riesgo en una misma persona aumentará las posibilidades de que se genere un consumo problemático de drogas y de otras adicciones. **Los factores de protección** incluyen la capacidad individual de resolución de problemas, la autonomía personal, las actitudes individuales y familiares favorables hacia la salud y el rechazo a las drogas, la existencia de fuertes vínculos emocionales con el entorno o el poseer valores o normas de conducta claros.

Así pues, la prevención de las conductas adictivas debe incluirse en el marco de la promoción de la salud, entendiendo ésta como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades se implican para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo mejorar su estado de salud. Esta concepción supone, por tanto, una efectiva participación comunitaria en la definición de los problemas, en la toma de las decisiones y en las medidas llevadas a cabo para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud y para ello es preciso contemplar el fenómeno de las adicciones con una visión globalizadora y multisectorial. La promoción de salud constituye además una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

Los principios en que deben basarse todas aquellas actuaciones que tengan como objetivo la prevención son los siguientes:

- Enmarcarse en la promoción de la salud dirigiéndose a la comunidad (especialmente desde los ámbitos locales), contemplando un enfoque equilibrado, centrado tanto en las personas como en el entorno, involucrando a todos los sectores sociales que puedan estar implicados en el problema y basándose en la capacitación de las personas y las comunidades para que éstas incrementen el control sobre los factores de riesgo y protección que intervienen en la génesis de los problemas relacionados con el abuso de drogas.
- La prevención es una *responsabilidad social*: cada grupo social y la sociedad en su conjunto tienen una serie de papeles y actitudes a desarrollar. La administración, las instituciones y centros sanitarios, sociales, educativos y culturales, las entidades y asociaciones que vertebran el tejido social, los medios de comunicación, el sistema productivo y laboral; son elementos que pueden desarrollar tareas de prevención. Así, las intervenciones fomentarán la activación e interacción

con los recursos comunitarios y *redes sociales*, apoyando el desarrollo y la *organización comunitaria* existente en cada contexto.

- La *participación* de los grupos implicados en las intervenciones que les afecten debe ser requisito indispensable para la puesta en marcha de dichas intervenciones. Esta participación debe producirse desde el origen (detección de las necesidades) hasta la evaluación de los procesos y resultados.
- La orientación *global e interdisciplinar* de la prevención es fundamental, potenciando la multisectorialidad, es decir, la interacción de estrategias en diferentes ámbitos y escenarios, implicando y buscando alianzas entre los diferentes actores. Se debe favorecer la *integración* de la prevención en los objetivos y dinámica de los centros, servicios y entidades implicados facilitando la continuidad de los procesos y actuaciones. Así mismo las intervenciones de prevención deben contar para su puesta en marcha con un sistema de *evaluación* que incluya los indicadores necesarios para valorar la adecuación de lo logrado con los objetivos previstos.
- El *enfoque educativo* en prevención se dirige a clarificar la percepción social del fenómeno de las drogas, a potenciar capacidades personales (de sentido crítico, resolución de problemas, comunicación interpersonal y grupal,...) y a desarrollar la capacidad de intervenir y participar socialmente en el contexto de cada individuo. Las estrategias de prevención no se dirigirán específicamente a las sustancias sino que adoptarán un *enfoque capacitante*, centrándose en las oportunidades de cambio e interacción entre los recursos personales y los recursos y retos ambientales que conformarán estilos de vida saludables e instrumentos individuales útiles (autoestima, valores, toma de decisiones, etc.).
- Las intervenciones de prevención deben facilitar la *comprensión del fenómeno* de las adicciones en diferentes contextos, reducir los estereotipos y prejuicios sociales y disminuir las expectativas sobre los efectos del consumo de las drogas o adicciones más prevalentes en cada ámbito. Así mismo debe *reducir el interés social* y la tolerancia especialmente en el caso de las drogas y otras adicciones legales. Por otra parte, las drogodependencias comportan riesgos reales para la salud, por ello, no puede olvidarse introducir en las intervenciones de prevención objetivos dirigidos a *evitar y/o disminuir el daño* que para la salud significa su uso indebido.
- Por último es preciso insistir en que la prevención de las drogodependencias y otras adicciones, se englobará dentro de una política social integral que fomente la *equidad* y la lucha contra las desigualdades.

Las estrategias preventivas deben diversificarse en función de los diferentes contextos de actuación y de los objetivos de prevención definidos e implican valorar los elementos siguientes:

La población destinataria

Según el ámbito y el lugar de intervención, los grupos de población pueden ser muy diferentes (en relación con la edad, el tipo de integración social o la relación con las adicciones) el consumo de drogas. Los criterios para definir a los grupos de personas a quienes se dirigen las iniciativas de prevención son la edad y el sexo, el nivel de integración social, el estado de salud y la relación con el consumo de drogas u otras adicciones. Dichos criterios influirán en el tipo y prioridad de las intervenciones de prevención.

Los escenarios para la prevención

Los escenarios identifican los principales lugares o ámbitos donde diferentes grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan. Las intervenciones de prevención deben desarrollarse e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos. Los escenarios señalados como más importantes para la prevención de drogodependencias son la comunidad escolar, el ámbito laboral, los espacios de ocio, el ámbito comunitario, los medios de comunicación social y los servicios socio-sanitarios.

Los mediadores y/o agentes de cambio implicados en la prevención de drogodependencias

Los agentes de prevención y/o mediadores implicados son elementos clave de cualquier intervención y se eligen en función de los escenarios y grupos de población a que se dirigen las intervenciones: Educadores, profesionales socio-sanitarios, profesionales de servicios comunitarios (animadores socioculturales, trabajadores sociales, educadores de tiempo libre,...), representantes y miembros de entidades de iniciativa social (asociaciones ciudadanas, de padres y madres...), personal del sistema judicial y policial, mediadores juveniles, líderes de opinión, responsables políticos, profesionales de medios de comunicación.

b) Modelo de Integración social

La asistencia a las personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones debe prestar especial dedicación a la atención de las desigualdades y a los colectivos de usuarios que tengan dificultades para lograr la incorporación social.

Se entiende como incorporación social el proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, la participación y capacidad crítica con su entorno.

Para la intervención en drogodependencias es necesaria la complementariedad con otros proyectos y programas realizados en el territorio, permitiendo el establecimiento de sinergias para el desarrollo funcional de los objetivos. La colaboración de todo el tejido social con quienes se trabajarán aspectos relacionados con la integración en su entorno social, el cambio de la imagen social de las drogodependencias y la información a la sociedad tanto de la problemática que genera el consumo de drogas como de los recursos existentes será otro de los objetivos fundamentales.

Un modelo integral de inserción socio-laboral debe constituir una respuesta global a las necesidades de las personas afectadas por la discriminación y la desigualdad en el mundo laboral, que facilite el acceso al empleo estableciendo acciones de acogida, de ajuste personal, de formación y de acompañamiento al empleo y con enfoques innovadores que permitan abrir nuevas vías de incorporación al trabajo y a la sociedad.

La integración laboral no se puede trabajar si a la vez no se trabajan todos los aspectos psicosociales necesarios en la integración de cualquier colectivo de desfavorecidos. Es necesario por tanto aunar esfuerzos tanto con las Organizaciones No Gubernamentales, como con los Departamentos de Economía, Hacienda y Empleo, y el de Servicios Sociales y Familia, además de las Corporaciones Locales y Entidades No Gubernamentales para establecer canales de coordinación estables que nos permitan una atención integral de las personas con problemas de adicción y la utilización de los recursos existentes.

